

IARA DA SILVEIRA PINHEIRO

**A INTERVENÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NO ATENDIMENTO DA
EMERGÊNCIA DO HU/UFSC ÀS TENTATIVAS DE SUICÍDIO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
como requisito parcial para a obtenção do título
de Bacharel em Serviço Social, na Universidade
Federal de Santa Catarina, Departamento de
Serviço Social.

Orientadora: Maria Del Carmem Cortizo

FLORIANÓPOLIS (SC)
2008.2

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado adequadamente para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social, bem como, aprovado pelo Curso de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina.

Banca Examinadora:

Presidente: _____

Profa. Dra. Maria Del Carmem Cortizo
Universidade Federal de Santa Catarina – Departamento de Serviço Social

1ª Examinadora _____

Profa. Dra. Regina Célia Tamaso Miotto
Universidade Federal de Santa Catarina – Departamento de Serviço Social

2ª Examinadora: _____

Assistente Social Francielle Lopes Alves
Universidade Federal de Santa Catarina – Serviço Social do Hospital Universitário

Florianópolis (SC), 17 de março de 2009.

Agradecimentos

Em primeiro lugar agradeço minha mãe, pelas horas sem dormir, pelas dicas de melhores procedimentos, bem como, pela experiência de vida partilhada e por tantas vezes ser meu guia nestes meus 26 anos de vida. A Vitória e Alexandra pela atenção, pelo apoio e pelo amor – são laços fraternos indissolúveis. Ao mais novo integrante da família, Rossano, pelas conversas perturbadoras e nada frívolas.

Aos meus amigos queridos: Gab, Léo, Robson, Reginaldo, Imara, e Tatty pela atenção, confiança e carinho e pelos incentivos – vocês são imprescindíveis! A Monique pela disposição de me ouvir, por compartilhar comigo às situações difíceis, e porque não dizer, de desespero – te amo incondicionalmente! A Aline, Ana Paula, Larissa e Talita, pelos momentos únicos, inesquecíveis e eternizados que passamos juntas na Universidade – com vocês eles se tornaram os melhores deste mundo.

Às assistentes sociais do HU: inicialmente, a Assistente Social Mariana Barcelos pela maravilhosa supervisão de estágio, pela amizade irreverente, pelos momentos de cuidado e atenção que muitas vezes me deram força para manter o pique e foram essenciais - foi uma honra ser sua estagiária; a Graça, agora aposentada como assistente social do HU, pelo apoio, e pela acolhida; a Tayana, Francielle, Cida, Viviane, Carmem e Ana Claudia, pois, ao me aceitarem como parte do grupo, me fizeram crescer não somente como futura profissional, mas como um ser humano mais íntegro, responsável e amoroso.

A equipe multiprofissional da Emergência pela aprendizagem.

Às professoras Maria Del Carmem como minha orientadora ofereceu o apoio à realização desta monografia; a Carmem More do Depto. de Psicologia, pela disponibilidade de tempo, doçura, e pela facilitação de aprendizagens; àquelas que aceitaram participar da banca, Professora Regina Mioto e a Assistente Social Francielle Alves.

A outra profissional do Serviço Social, Claudia Chupel pela gentileza e acessibilidade na troca de experiências.

A todos os meus amores, aqueles que já se foram, e aqueles que ainda virão.

Por fim, **obrigada a todos** aqueles que direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste trabalho.

"Sem a curiosidade que me move, que me inquieta, que me insere na busca, não aprendo nem ensino".

(Paulo Freire)

PINHEIRO, Iara da Silveira. 2008. Trabalho de Conclusão de Curso em Serviço Social. Departamento de Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2008.

RESUMO

O fenômeno do suicídio é frequentemente observado no espaço das Emergências dos Hospitais. No caso do HU/UFSC não é diferente: no cotidiano do trabalho do assistente social, são observados inúmeros casos de tentativa de suicídio. A partir da dialética ação-reflexão, levantamos as dificuldades de registros dos atendimentos realizados pelo Serviço Social do HU/UFSC, e com isto constatamos a importância da instrumentalizá-la, na apreensão do movimento dinâmico do cotidiano, bem como, a especificidade dos atendimentos às tentativas de suicídio. O acolhimento se firma como parte dos recursos para a intervenção do Serviço Social do HU/UFSC bastante apropriada para lidar com os casos de tentativas de suicídio. Foram utilizados como subsídios empíricos vivenciados e material instigador à reflexão teórica, 4 casos de tentativas de suicídio, parte daqueles atendidos, sendo todos aqueles tratados durante intervenções do Serviço Social na Emergência do HU/UFSC ao longo do estágio aí realizado. Lidar com tais casos reafirma a importância do respaldo teórico multidisciplinar bem como, a relevância primordial do acolhimento para a concretização das intervenções de modo íntegro, ético e profícuo.

Palavras-chave: Suicídio; Acolhimento; Serviço Social.

LISTA DE FIGURAS E QUADROS

Figuras

Figura 1: Taxa de mortalidade em homens por suicídios nos estados brasileiros em 2002.....24

Figura 2. Percentual das internações por suicídios por gênero e por agrupamento. Brasil 2003.....50

Quadros

Quadro 1. Casos de atendimentos de tentativas de suicídio na emergência do HU, com aplicação do roteiro de intervenção.....48

Quadro 2. Informações sobre o CASO 3.....54

Quadro 3. Informações sobre o CASO 4.....56

Quadro 4. Suicídio - Fato e Ficção.....60

LISTA DE SIGLAS

AAHU – Associação de Amigos do Hospital Universitário
CAPS - Centro de Atenção Psicossocial
CEBES - Centro Brasileiro de Estudos em Saúde
CENEPI - Centro Nacional de Epidemiologia
CFESS - Conselho Federal de Serviço Social
CIT - Centro de Informações Toxicológicas
CNS - Conferência Nacional de Saúde
CONASS - Conselhos Nacional de Secretários de Saúde
CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CRESS - Conselho Regional de Serviço Social
DA - Diretoria de Administração
DAA - Diretoria de Apoio Assistencial
DATASUS - Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DE - Diretoria de Enfermagem
DG - Diretoria Geral
DM - Diretoria de Medicina
DO - Declaração de Óbito
DVAA - Divisão de Apoio Assistencial
DVDC - Divisão de Diagnóstico Complementar
HU - Hospital Universitário
MEC - Ministério da Educação e Cultura
MTSM - Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental
NAPS - Núcleo de Apoio Psicossocial
OMS - Organização Mundial da Saúde
PMF - Prefeitura Municipal de Florianópolis
PNH - Política Nacional de Humanização
RDA - Rede Docente Assistencial
SAMU - Serviço de Atendimento Móvel Único
SES/SC - Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina
SIH/SUS – Sistema de Internação Hospitalar do Sistema Único de Saúde
S.I.M - Sistema de Informação sobre Mortalidade
SUS - Sistema Único de Saúde
SVS - Sistema de Vigilância Sanitária

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
1. SAÚDE MENTAL	12
1.1 O que é saúde mental?	13
1.2 Breve histórico sobre a política de saúde mental no Brasil	13
1.3 A reforma psiquiátrica no Brasil	15
1.4 Algumas considerações sobre o suicídio	17
1.5 O suicídio como preocupação da saúde pública	23
2. CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO	26
2.1 Histórico do Hospital Universitário	26
2.2 O Serviço Social dentro da instituição	31
2.2.1 Projeto de Atuação do Serviço Social do HU junto à emergência	33
2.3 A emergência do Hospital Universitário/UFSC	33
2.4 Diretrizes do Serviço Social no HU	36
3. O ACOLHIMENTO NA INTERVENÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NO ATENDIMENTO DAS TENTATIVAS DE SUICÍDIO NA EMERGÊNCIA DO HU	37
3.1 O cotidiano no processo de trabalho do Assistente Social na emergência do HU	37
3.2 O acolhimento do Serviço Social no HU	39
3.3 O suicídio como fenômeno	44
3.3.1 Definições - Suicídio e tentativas de suicídio	44
3.3.2 Família no contexto do suicídio	45
3.4 Dados da observação nos atendimentos	47
3.4.1 Apresentação dos Casos 1 e 2	50
3.4.2 Apresentação dos Casos 3 e 4	53
CONSIDERAÇÕES FINAIS	61
REFERÊNCIAS	63
ANEXOS	68
Anexo A - Estrutura Organizacional do HU	69
Anexo B - Roteiro de Intervenção	70
Anexo C - Relatório de Estágio nº.10 - caso 3	71
Anexo D - Relato de Atendimento- caso 4	76
Apêndice – acolhimento com classificação de risco	79

INTRODUÇÃO

O presente trabalho é resultado da experiência de estágio vivenciada na Emergência do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina em 2008. Parte-se de questões teóricas relacionadas ao contexto da saúde mental no Brasil após a Reforma Sanitária da década de 70. Na seqüência busca-se apresentar algumas visões sobre o suicídio, onde a partir de uma abordagem multidimensional do fenômeno procura-se incluir um olhar filosófico, sociológico, psicológico. Descreve-se o HU de acordo com seu histórico, e com a função do Serviço Social dentro dela.

O discurso médico embora ainda esteja fortemente arraigado às práticas dos profissionais de saúde, sejam eles enfermeiros, psicólogos, e assistentes sociais, ou ainda outro, favorece ver o sujeito que tenta o suicídio como possivelmente um louco, doente, desequilibrado ou anormal. Pretendemos ter em vista ao tratar a situação enfrentada por tais sujeitos, que ainda que se encontrem nesta situação atualmente, como pessoas têm sonhos, desejos, dúvidas, incertezas, conflitos, temores e sensibilidade, como os demais o seres humanos. Neste sentido, ao analisarmos o fenômeno do suicídio e o sujeito que o pratica, tentaremos desvinculá-lo dos mais diversos tipos de preconceitos. É justamente esta primeira identificação com estes sujeitos, que gera seu acolhimento, no qual pode se criar um espaço de possibilidades para a atuação e atendimento dentro da ética.

O interesse por este tema surgiu a partir da realização do estágio obrigatório de Serviço Social no Hospital Universitário HU/UFSC), especificamente na Unidade de Emergência, de observações realizadas durante os semestres de estágio, a saber: 2008-1 e 2008-2. Logo no início deste estágio não existia qualquer especificidade de atendimento do Serviço Social às tentativas de suicídio. Nos atendimentos realizados pelo Serviço Social da Emergência do HU às tentativas de suicídio até então, estes se restringiam aos trâmites tradicionais desta área de atuação, tal como: a alta hospitalar; encaminhamento de transporte; e eventualmente um contato com algum familiar encaminhar a saída da unidade de emergência.

A partir das observações e depois da focalização dos atendimentos aos usuários com tentativas de suicídio, procurou-se compreender qual o papel do Serviço Social diretamente nestes casos, e quais instrumentos e/ou saberes que o próprio Serviço Social pode utilizar especificamente como apoio teórico-prático na realização da intervenção com o usuário. A partir das observações realizadas durante o trabalho dentro da emergência do HU, foi possível colher alguns dados que são tratados na continuidade deste trabalho.

Uma observação resulta sempre da utilização dos sentidos com o objetivo da aquisição de conhecimentos imprescindíveis ao cotidiano, aqui nos reportamos à sua finalidade enquanto

parte do procedimento científico. De acordo com Gil (1991, p.104), a observação quando serve a um objetivo formulado de pesquisa, deve ser sistematicamente planejada; deve ser registrada e ligada a proposições mais gerais, e deve ser submetida à verificação e controle de validade e precisão. Assim, a observação possui a vantagem de propiciar a percepção dos fatos diretamente, sem a necessidade de qualquer intermediação, diminuindo desta forma a influência da subjetividade no procedimento científico.

Foram utilizadas duas das formas de aplicação da observação para delimitar o objeto de estudo, foram elas: a observação participante, e a observação sistemática. A *observação participante* foi utilizada como primeira técnica de abordagem da realidade, onde o observador assume um papel de co-participe junto ao grupo a qual ele faz parte, se inserindo na realidade em que o grupo vive. A *observação sistemática* é normalmente utilizada para situações em que se atua em campo, pois permite um maior controle da coleta de dados. As duas formas de observação foram instrumentos para a elaboração de uma entrevista de abordagem dos sujeitos atendidos em tentativas de suicídio, especificamente, para obter informações junto à família do usuário sobre a situação deste.

A estagiária recorreu ao Centro de Informações Toxicológicas – CIT/SC¹ na perspectiva de uma possível parceria para realização de pesquisa, pois em casos de auto-envenenamento, no protocolo do atendimento consta o diagnóstico feito pelo médico plantonista da emergência e pela própria equipe do CIT/SC, cuja equipe é composta por médicos, farmacêuticos e biomédicos. Porém esta parceria não se concretizou dentro do limite do tempo de estágio, e não foi possível formar uma parceria concreta do Serviço Social do HU com o CIT/SC. Assim, a coleta de dados foi realizada inteiramente a partir da aplicação do roteiro de intervenção. Uma vez que a tentativa de suicídio tinha sua ocorrência identificada na emergência e que havia uma chamada para o atendimento do Serviço Social, o contato inicial da estagiária passou a ser então, iniciado pela entrevista de abordagem, que permitia recolher informações sobre os usuários, e cujo roteiro encontra-se anexo (Anexo A).

Neste Trabalho de Conclusão de Curso visamos através da discussão do tema suicídio, bem como, de seu atendimento na emergência de um hospital do porte do HU/UFSC, favorecer o debate dos dados levantados, bem como, criar referências para o Serviço Social

¹ “O CIT/SC tem como objetivos a sistematização, ampliação e difusão de conhecimentos técnico-científicos no campo da Toxicologia, visando à prevenção, ao controle e ao tratamento adequado dos acidentes, riscos e danos de natureza toxicológica provocados por medicamentos, cosméticos, domissanitários, produtos químicos em geral, animais peçonhentos, quaisquer outras substâncias potencialmente agressivas para o ser humano.” Disponível em <http://www.cit.sc.gov.br/o_cit.php>.

enquanto profissão que intervém na realidade, e em particular, favorecer o atendimento de usuários com tentativas de suicídio.

1. SAÚDE MENTAL

1.1 O que é saúde mental?

Baseando na definição da Organização Mundial da Saúde (OMS), *saúde* não é apenas a ausência de doença, mas sim a situação de perfeito bem-estar físico, mental e social. Porém a partir do Movimento Sanitário (surgido em meados da década de 70 no Brasil) e por consequência da totalidade do debate trazido pela Reforma Sanitária o conceito de saúde foi amplamente discutido e definido não somente como a ausência de doença, mas também como um conjunto de elementos relacionado à qualidade de vida:

[...] resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. E assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar desigualdades nos níveis de vida (ESCOREL, 1989, p.182).

Se utilizarmos as palavras de Arouca (1987, p. 36) o conceito de saúde ultrapassará a noção de qualidade de vida e se tornará um ideal a ser alcançado:

[...] é um bem estar social, é o direito ao trabalho, a um salário condigno; é o direito a ter água, a vestimenta, à educação, e até, a informações sobre como se pode dominar este mundo e transformá-lo. É ter direito a um meio ambiente que não seja agressivo, mas, que pelo contrario, permita a existência de uma vida digna e decente; a um sistema político que respeite a livre opinião, a livre possibilidade de organização e de autodeterminação de um povo.

Portanto, desta maneira o conceito de saúde transcende o ideário do senso comum e do senso lógico, ou seja, a saúde passa a possuir uma amplitude bem maior do que uma mera questão de receber medicamentos, de ter atendimento hospitalar, incluindo, como se diz; *o perfeito bem-estar físico, mental e social.*

Mas, afinal e a Saúde Mental? Para abordarmos Saúde Mental devemos antes de tudo retomar exatamente do conceito chave com que se iniciou o questionamento. Para termos um conceito de saúde é necessário ter um conceito de doença, logo precisamos lembrar como a loucura e a doença mental foram trabalhadas ao longo da historia da saúde mental. Muito antes do conceito de saúde mental se estabelecer, primeiramente, o conceito de *alienação* – nos século XVIII e século XIX – já havia sido apropriado pela medicina, passando a desempenhar um papel crucial no momento em que passa a significar erro e desordem da razão. A loucura então passa a ser vista como a incapacidade do indivíduo de compactuar socialmente. Eis o que nos apontam Torres e Amarante (2001, p.3):

Alienado é o que está fora de si, fora da realidade, é o que tem alterada a sua possibilidade de juízo. Através do conceito de alienação o modo de relacionamento da sociedade para com a loucura passa a ser profundamente intermediado por uma ciência que, num primeiro momento, Philippe Pinel define como *o alienismo*. Se o alienado é incapaz do juízo, incapaz da verdade, é, por extensão, perigoso, para si e para os demais.

A história indica que durante a modernidade estava se formando um modelo de sujeito que estava vinculado ao ideário de indivíduo, e que com isso estava também atrelado a uma maneira de se pensar. É justamente neste ponto que se consolida o sujeito do conhecimento cartesiano, isto é, estabelece a hegemonia da racionalidade científica como método de produção de conhecimento. Sendo assim, forma-se a partir de então um pensamento mecanicista fundamentado na simples previsibilidade e causalidade das coisas, concebendo-se assim um sujeito da razão. E existindo um sujeito da razão, existe também como contraponto um sujeito da desrazão, sendo logicamente atrelado à loucura (TORRES; AMARANTE, 2001, p.3).

Foucault (1984, p.47) de forma contundente, resume muito bem este capítulo da história da loucura, expondo o que Descartes outrora afirmava com tanta veemência: a própria experiência do pensar agora implica em definir quem é louco e quem não o é, a *loucura implica a si própria*, o próprio exercício da razão anula qualquer vestígio de erro, perigos e ilusões.

1.2 Breve histórico sobre a atual política de saúde mental no Brasil

No ano de 1924 em Veneza, na Itália nasce Franco Basaglia, médico e psiquiatra que se transformou no precursor do movimento de reforma psiquiátrica italiana conhecida como Psiquiatria Democrática. Sua influência sobre a luta antimanicomial no Brasil é intensa. A crítica radical ao manicômio, e a experiência italiana de desinstitucionalização em psiquiatria inspirou de fato o MTSM. A lei 180, também conhecida como “Lei Basaglia” influenciou solidamente o MTSM. Veja-se sobre isto o que Amarante (1996) aponta:

Em fins dos anos 70, as reflexões de Basaglia estão bastante presentes em nosso meio, resultado, até mesmo, de algumas vindas suas ao Brasil, mantendo contatos diretos com o então recém-criado MTSM. O interesse por Basaglia era decorrente de muitos aspectos, dentre os quais a repercussão internacional quanto à desativação do hospital de Gorizia, a sua decisiva participação na criação dos movimentos Psiquiatria Democrática e Rede Alternativas à Psiquiatria e, ainda, e um tanto posteriormente, a promulgação

na Itália da Lei n 180, de 1978, que ficou conhecida como Lei Basaglia. (AMARANTE, 1996, p.20).

Portanto, podemos dizer que o processo iniciado por Basaglia marca fortemente o MTSM, mostrando que a ruptura com os antigos paradigmas é viável, e aqui no país começam a surgir as primeiras propostas e ações para a reorientação da assistência, como por exemplo, o II Congresso Nacional do MTSM (Bauru, SP) em 1987, adota o lema “Por uma sociedade sem manicômios”, e neste mesmo ano, é realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental (Rio de Janeiro). Ainda em 1987 surge o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) no Brasil, especificamente na cidade de São Paulo.

Outro fato de importante relevância é a intervenção realizada em 1989, pela Secretaria Municipal de Saúde de Santos (SP) no hospital psiquiátrico Casa de Saúde Anchieta, onde havia várias ocorrências de maus-tratos e morte de pacientes. A repercussão desta intervenção acabou por demonstrar a possibilidade de se construir uma rede de cuidados que substitua um hospital psiquiátrico. No mesmo ano é proposto junto ao Congresso Nacional, o Projeto de Lei do Deputado Paulo Delgado (PT/MG) que possui como proposta a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país. A partir da Constituição de 1988, o SUS – Sistema Único de Saúde é criado baseado na articulação entre a gestão federal, estadual e municipal, e é realmente um marco histórico para a saúde brasileira.

A década de 1990 é de suma importância para o desenvolvimento das políticas de saúde mental no Brasil. A época é marcada pelas consequências da assinatura da Declaração de Caracas (assinada pelos países da Região da Américas) que tinha como meta a superação do modelo vigente de hospital psiquiátrico e a luta contra todas as formas de exclusão e abuso as pessoas com transtornos mentais. Como afirma o Ministério da Saúde:

É na década de 90, marcada pelo compromisso firmado pelo Brasil na assinatura da Declaração de Caracas e pela realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, que passam a entrar em vigor no país as primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros CAPS, NAPS e Hospitais-dia, e as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos. Neste período, o processo de expansão dos CAPS e NAPS é descontínuo. As novas normatizações do Ministério da Saúde de 1992, embora regulamentassem os novos serviços de atenção diária, não instituíam uma linha específica de financiamento para os CAPS e NAPS. (M.S., 2005, p.8)

Em 2002, após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional a Lei Paulo Delgado (Lei Federal 10.216) é sancionada no país substituindo o Projeto de Lei original, que

redireciona a assistência em saúde mental com o intuito de dispor a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais dando prioridade à oferta de tratamento em serviços de base comunitária. Porém a lei não consegue delimitar mecanismos precisos para a necessária e gradativa extinção dos manicômios.

Com a promulgação da Lei nº. 10.216 em 6 de abril de 2001, bem como, com realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental (5 a 11 de dezembro do mesmo ano) imprime-se um novo ritmo para o processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil. É justamente neste contexto que a política de saúde mental do governo federal, entra em consonância com os objetivos instituídos pela Reforma Psiquiátrica, ganhando assim uma maior visibilidade e consistência.

1.3 A reforma psiquiátrica no Brasil

No contexto social em que a saúde mental se encontra atualmente, é evidente a necessidade de nos atermos e darmos a devida atenção a ela, trazendo sob a ótica histórica os caminhos percorridos pela saúde coletiva até hoje. Nesta perspectiva há que se apontar que em 1978 começa a ser constituído o movimento de reforma psiquiátrica brasileiro, e assim, o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) faz crítica com veemência ao hospital como parte central dos atendimentos realizados, às más condições de trabalho e de tratamento e à privatização da assistência psiquiátrica. De acordo com o Ministério da Saúde:

O ano de 1978 costuma ser identificado como o de início efetivo do movimento social pelos direitos dos pacientes psiquiátricos em nosso país. O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), movimento plural formado por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas, surge neste ano. É, sobretudo, este Movimento, através de variados campos de luta, que passa a protagonizar e a construir a partir deste período a denúncia da violência dos manicômios, da mercantilização da loucura, da hegemonia de uma rede privada de assistência e a construir coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais (M.S., 2005, p.7).

Cabe salientar que o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) protagoniza os anseios e iniciativas pela reforma da assistência psiquiátrica nacional buscando transformações genéricas da assistência psiquiátrica tanto através das denúncias do modelo oficial (privatizante e hospitalocêntrico), como pelo planejamento de alternativas inspirado na proposta de deshospitalização.

A Reforma Psiquiátrica vem formar então um processo bastante inovador, sendo incubadora de muitas iniciativas práticas de transformação contribuindo com o aparecimento de novos atores e protagonistas aliados a uma abundante produção teórica, iluminando assim novas diretrizes para questões emergentes no campo da saúde mental (AMARANTE, 1996, p.14).

O Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES), também possui papel histórico fundamental como articulador político-ideológico da reforma sanitária, pois, o MTSM fortaleceu seu discurso técnico e desenvolveu sua postura política. Como pode ser conferido na seguinte fala:

No final da década de 1980, ocorre uma inflexão em sua trajetória com a incorporação da noção de desinstitucionalização na tradição Basagliana, ou seja, uma ruptura com o paradigma psiquiátrico, denunciando seu fracasso em agir na cura, sua aparente neutralidade científica, sua função normalizadora e excludente, e a irrecuperabilidade do hospital como dispositivo assistencial. O MTSM passa a apostar na desconstrução da instituição manicômio, entendida como todo aparato disciplinar, institucional, ideológico, técnico, jurídico etc., que lhe confere sustentação, e em 1987, adota o lema "*por uma sociedade sem manicômios*", que alimenta novas propostas de cuidado na I Conferência Nacional de Saúde Mental (I CNSM). (FURLANETTI; BAPTISTA, 2008, p.1).

O Movimento de Reforma Sanitária traz também outra contribuição importante: a de otimizar os princípios democráticos e reorientar a construção de um novo modelo de atenção à saúde.

A partir da Reforma Sanitária (década de 70) o papel do Estado na saúde, inclui a redemocratização e o desenvolvimento dos ideais que estruturam a *Constituição Federal* de 1988, a qual reconhece a saúde como direito da população e obrigação do Estado. A Constituinte de 1988 promulga o Sistema Único de Saúde (SUS) com seus princípios – universalização, integralidade, descentralização e participação popular, e seu processo de implementação inicia-se com as *Leis n.º. 8.080/90* e *n.º. 8.142/90*. Por consequência, são formadas frente a este contexto, condições para a criação da Coordenação Nacional de Saúde Mental em 1991, instituída através no Ministério da Saúde.

1.4 Algumas considerações sobre o suicídio

Para tentarmos compreender o fenômeno do suicídio abordaremos o assunto através de algumas elaborações teóricas, alguns conceitos, que de alguma forma através de uma visão multidimensional (filosófica, sociológica e psicológica) consigam analisar, contextualizar e

debater o tema. Cabe esclarecer aqui o significado da palavra fenômeno, que segundo dicionário o “Aurélio” é “1. Qualquer modificação operada nos corpos pela ação do as agentes físicos ou químicos. 2. Tudo o que é percebido pelos sentidos ou pela consciência. 3. Fato de natureza moral ou social. (...) 10. (Filos.) Tudo o que é objeto de experiência possível, i.e., que se pode manifestar no tempo e no espaço segundo as leis do entendimento.”

Portanto, o fenômeno é objeto de conhecimento científico, possui características próprias e ocupa um lugar no tempo, por esta razão, para quem se insere no campo da pesquisa, deve ter o conhecimento de que deve estudar os elementos que compõe o fenômeno, não precisando necessariamente analisar todos, mas trabalhando eles de acordo com suas características no tempo e no espaço (lugar).

Quando ouvimos a palavra suicídio, quase instantaneamente nossa mente é levada a pensar em morte, dor, porém sabemos que há algo de incauto ao realizar esse rápido julgamento. Na sociedade ocidental há um sério tabu vinculado à morte, e de maneira geral a visão que se tem sobre o suicídio não escapa deste modo de julgar e avaliar o suicídio e o sujeito que tenta dar fim a sua vida. Como nos diz Dias (apud CASSORLA, 1998, p.93): “o lugar que a sociedade atribui à vida e à morte, e por conseqüência ao suicídio, varia de cultura para cultura. As atitudes com respeito ao suicídio estão intimamente ligadas às ideologias acerca da morte.”

O termo *suicidium* surge no século XVII sendo traduzido para outras principais línguas européias (francês, alemão, inglês). Formado pelo pronome *sui* (si) junto ao verbo *caedere* (matar).

É válido lembrar que o termo suicídio evoca o termo homicídio já que uma vez reflete também uma maneira de se pensar a morte. É interessante lembrar também que no Brasil o senso comum aliado aos valores judaico-cristãos, reforça duplamente esta semelhança entre estes dois termos. Parte deste significado teve como origem em um dos maiores pensadores ocidentais: Agostinho de Hipona. Como Puente (2008, p.14) nos diz:

Ao pensarmos a palavra “suicídio”, já estamos, ainda que sem saber, incluindo o ato de se matar em um gênero maior, qual seja, o do homicídio. Essa inclusão teórica, mas não vocabular, tem sua origem em um dos maiores pensadores do Ocidente: Agostinho de Hipona. O que não quer dizer que essa prática fosse desprovida de rígidos opositores desde o mundo grego, como veremos adiante, mas sim que a íntima associação entre ela e o homicídio era desconhecida antes de Agostinho. Em um texto fundamental para a Igreja e para a posteridade da filosofia ocidental, A Cidade de Deus, Agostinho inscreve habilmente o ato de se matar no âmbito do sexto mandamento, ou seja, a interdição “não matarás” também deve ser aplicada, segundo ele, aos casos em que alguém que deixar a vida por suas próprias mãos, embora isso não seja expressamente dito no texto bíblico.

O suicídio durante muito tempo teve o peso de um homicídio, era tratado com “um homicídio de si mesmo”, tinha o pertencimento à mesma categoria dos crimes e dos sacrilégios, o que acarretava ao suicida fracassado a pena de morte. As leis que vigoravam por volta do século XVII (especificamente, a ordenança em 1670) deixavam claro que o suicídio era um crime de “lesa-majestade humana ou divina”. Porém a partir do século XVIII a tentativa de suicídio passa a ser vista como uma “desordem da alma” e conseqüentemente adquire-se um novo modo de punição com o intuito de se deter mais uma nova tentativa (FOUCAULT 1984, p. 95). Portanto, agora o suicídio deixa de ser visto apenas como sacrilégio e passa a integrar o campo neutro da insanidade.

Mais recentemente, o Humanismo através de Albert Camus instaura o suicídio como o básico dilema existencial humano: a vida vale a pena ou não em ser vivida e se o auto-aniquilamento é válido para a sua destruição. Segundo Albert Camus (1942) diz sobre o suicídio: “Só existe um problema filosófico realmente sério: é o suicídio. Julgar se a vida vale ou não a pena ser vivida é responder à questão fundamental da filosofia. O resto, se o mundo tem três dimensões, se o espírito tem nove ou doze categorias, aparece em seguida. São jogos”.

Camus (1942) nos remete a idéia do absurdo durante sua busca exploratória pela essência: “O divórcio entre o Homem e a sua vida, entre o ator e o seu cenário, é que é verdadeiramente o sentimento do absurdo.” Assim, podemos começar a pensar sobre a relação pensamento individual/suicídio. Como Camus (1942) nos elucida: “começar a pensar é começar a ser minado.” Seu entendimento leva a questões como: o que resta fazer? Aceitar uma verdade imutável e inegável e mesmo assim continuar a viver? É vida o fato de aceitar a sensação sufocante e diária de fardo, idêntica a do prisioneiro diante da execução? Diante de tal situação a idéia de por fim a própria vida não nos parece tão enfadonha, muito ao contrário, parece solução para algo que antes não se via saída. O que dantes nos parecia tão trágico agora parece solução para finalizar algo que não se consegue gastar, esvair, agora parece haver escolha e decisão.

É inegável a idéia de que já passou à cabeça de todos questões relacionadas ao próprio suicídio. Porém se pensarmos desta maneira o suicídio em si, de fato, é uma expressão, uma expressão de uma confissão. Uma confissão de que nunca é fácil viver; de que viver é trabalhoso.

Maiakóvsky nos traduz muito bem esta definição de que a vida ultrapassou o próprio indivíduo: “Nesta vida morrer não é difícil, o difícil é a vida e seu ofício”. Ofício este que o mesmo Camus se baseia para construir a analogia da monotonia sem sentido do cotidiano e a

luta árdua e vã. O mito de Sísifo nos conta que os deuses tinham condenado Sísifo a rolar um rochedo incessantemente até o cume de uma montanha, de onde a pedra caía de novo por seu próprio peso. Eles tinham pensado, com as suas razões, que não existe punição mais terrível do que o trabalho inútil e sem esperança.

Dentro do que contém inúmeras explicações e justificações para o suicídio, na maioria das vezes parte se do pressuposto que a problemática advém do indivíduo e que, portanto, a resposta só se encontraria nele. Porém como veremos a seguir, a polissemia que se surge ao se buscar fontes diversas sobre o tema do suicídio é produzida historicamente com os determinados fins e estratégias.

O suicídio foi tratado frequentemente como um fenômeno predominantemente social. Mas, ainda assim, como justificá-lo? Como entendê-lo?

Através da ótica da sociologia, Karl Marx (1846) e Emile Durkheim (1897) abordam o suicídio como um fenômeno social. Marx curiosamente escreve sobre o suicídio baseando-se nos documentos de um diretor do arquivo policial francês (Peuchet). Marx nos traz uma abordagem interessante sobre o suicídio, uma vez que na época em que foi publicado tal artigo, ainda não existiam outras teorias como a do fato social de Durkheim (1897) e nem a impactante psicanálise de Freud (1856-1949).

Marx se interessa pelo tema não tão somente pela própria questão do suicídio, mas sim como oportunidade de expor sua crítica radical da sociedade burguesa, ressaltando o modo de viver “antinatural”, sendo assim o suicídio um sintoma forte de uma sociedade adoecida, carente por transformações radicais. Desta forma, Marx pontua a sociedade moderna como um *locus* onde cada indivíduo está isolado dos demais, em que há uma solidão coletiva, e por consequência há certo tipo de hostilidade mútua entre as pessoas, onde reina a competição, luta e guerra de todos contra todos, onde o indivíduo só possui a escolha de ser ou vítima ou carrasco, justificando assim o desespero e o suicídio (LÖWY, 1938, p.16). Assim sendo, Marx deixa explícito em seu artigo sobre o suicídio a forma pela qual interpretava o fenômeno:

Como se explica que apesar de tantos anátemas, o homem se mate? É que o sangue não corre do mesmo modo nas veias de gente desesperada e nas veias dos seres frios, que se dão o lazer de proferir todo esse palavrório estéril. O homem parece um mistério para o Homem; sabe-se apenas censurá-lo, mas não se o conhece. Quando se veem a forma leviana com que as instituições, sob cujo domínio a Europa vive, dispõem do sangue e da vida dos povos, a forma como distribuem a justiça civilizada com um rico material de prisões, de castigos e de instrumentos de suplício para a sanção de seus desígnios incertos; quando se vê a quantidade incrível de classes que, por todos os lados, são abandonadas na miséria, e os parias sociais, que são golpeados com um desprezo brutal e preventivo, talvez para dispensar-se do incomodo

de ter que arrancá-los de sua sujeira; quando se vê tudo isso, então não se entende com que direito se poderia exigir do indivíduo que ele preserve em si mesmo uma existência que é espezinhada por nossos hábitos mais corriqueiros, nossos preconceitos nossas leis e nossos costumes em geral. (MARX, 1846, p.26).

Logo, Marx nos deixa evidente que o suicídio é basicamente um dos sintomas de uma luta social onde alguns sucumbem à luta devido ao fato de não se adaptarem à idéia de serem “carrascos”, ou ainda, por estarem cansados ao papel de “vítima” de uma sociedade cruel.

Não podemos deixar de mencionar os estudos de Durkheim sobre o suicídio. Durkheim autor de *As regras do método sociológico* de 1895 e *O Suicídio*, de 1897, formulou o estudo sobre o suicídio utilizando-o como base para a aplicação do conceito de fato social. De acordo com Durkheim:

Não é possível definir o fato social pela sua generalidade no interior da sociedade. Características distintivas do fato social : 1º- a sua exterioridade em relação às consciências individuais; 2º- a ação coerciva que exerce ou é suscetível de exercer sobre as mesmas consciências. Aplicação desta definição às práticas constituídas e às correntes sociais. Verificação desta definição. Outra maneira de caracterizar o fato social: o estado de independência em que se encontra em relação às suas manifestações individuais. Aplicação desta característica às práticas constituídas e às correntes sócias. O fato social generaliza-se por ser social, mas não é social porque generaliza. Como esta segunda definição se reduz à primeira. Como os fatos de morfologia social ajustam -se nesta mesma definição. Fórmula geral do fato social. (DURKHEIM, 2007, p.31).

Durkheim acaba por definir o suicídio como “todo caso de morte que resulte direta ou indiretamente de um ato positivo ou negativo, praticado pela própria vítima, sabedora de que devia produzir esse resultado” e delimita ainda mais seu objeto de análise: “o ato assim definido, mas interrompido antes de resultar em morte não deve ser considerado”. (DURKHEIM apud NUNES, p.16).

Durkheim nos propõe analisar o suicídio como um fato social, isto é, deixar de entender o suicídio apenas como um fenômeno isolado e individual e observar os dados (sociais e culturais) que o fenômeno transmite, indicando que deve ser tratado de maneira coletiva, analisando primeiramente o todo, o conjunto. De acordo com seu conceito, o suicídio para Durkheim é produto de um profundo conflito estabelecido no meio social exterior ao indivíduo, sendo assim cada sociedade, de acordo com sua hipótese, teria uma tendência coletiva ao suicídio, sendo que as respostas para eles se encontrariam justamente no mundo exterior ao indivíduo. Eis como explicita Durkheim:

Qualquer ruptura de equilíbrio, ainda mesmo que dela resulte um bem estar maior e uma vitalidade geral, incita à morte voluntária. Todas as vezes que se produzem no corpo social graves modificações, sejam elas devidas a um súbito movimento de crescimento ou a um cataclismo inesperado, o homem mata-se facilmente. (DURKHEIM apud LOPES, 1992, p.282).

Através de seus estudos Durkheim estabeleceu tipos sociais do suicídio, sistematizando-os pelas causas que o produzem e analisando o contexto social que se encontram. Segundo esta tipologia, o suicídio se divide em 3 tipos: o egoísta, o altruísta, e o anômico.

O egoísta é explicado pela dissociação do indivíduo com o seu meio social, onde o vínculo do próprio indivíduo com a sociedade não muito forte. Quando os grupos ao qual se pertence se tornam fracos, os indivíduos se tornam menos dependentes deles, e logo se tornam mais dependentes de si mesmos, não reconhecendo assim as regras de conduta que não fazem parte de seus interesses próprios. Sendo desta forma, cabe muito bem denominar egoísmo esse estado em que o “eu individual” entra em demasiada afirmação diante do “eu social”. Logo assim: "poderemos dar o nome de egoísta ao tipo particular de suicídio que resulta de uma individuação descomedida" de acordo com Durkheim (apud LOPES, 1992, p.24).

O suicídio altruísta já se estabelece de maneira oposta ao suicídio egoísta, pois se deve justamente a uma individuação insuficiente. Este suicídio é cometido por indivíduos fortemente ligados à valores coletivos. O indivíduo é absorvido pelo grupo, resultado da fraca individuação, e assim se torna uma amálgama com o grupo. Portanto no suicido altruísta, “o eu não se pertence, confunde-se com outra coisa que não ele; o pólo de conduta está situado no grupo do qual faz parte”, segundo Durkheim (apud LOPES, 1992, p.24).

Os suicídios anômicos são diferentes, pois estão relacionados com os movimentos da sociedade em períodos de crise intensa. No suicídio anômico o indivíduo que possui seus valores atrelados ao mundo, assim que este mundo entra em crise, tem seus valores sociais e suas regras se desmontado junto com ele. Neste tipo de suicídio Durkheim coloca o papel da sociedade como regulamentadora dos indivíduos, em que, a partir de um suposto erro da desta – incapaz de impedir, estabilizar ou conter o indivíduo – a anomia se estabelece. Assim detalha Durkheim:

O suicídio egoísta tem como causa os homens já não perceberem razão de ser na vida; o suicídio altruísta essa razão lhes parece estar fora da própria vida; o terceiro tipo de suicídio (...) tem como causa o fato de tal atividade se desregrar e eles sofrerem com isso. Por sua origem, daremos a essa ultima espécie o nome de suicídio anômico. (DURKHEIM apud LOPES, 1992, p.25).

Todavia, Durkheim baseou-se inteiramente no mundo social para fundamentar suas análises e até mesmo para de alguma forma criar soluções para o fenômeno do suicídio. Ele transformou o modo de se pensar a sociedade, mudou as referenciais teóricas, inovou a metodologia das ciências sociais.

Outro fator de suma importância que alterou o modo de se pensar suicídio, foi o advento da psicanálise. Tanto que, diante das inúmeras interpretações sobre o tema, a mais utilizada no discurso médico, sem dúvida é a intrigante psicanálise. Para a psicanálise o suicídio é visto como um desdobramento de uma situação psicótica. Quando se investiga a vida do suicida se lida com as mais diversas fantasias inconscientes extremamente primitivas que pela própria explicação da psicanálise, se torna o fator preponderante para a autodestruição. Porém antes de prosseguirmos explicando sobre a crise psicótica, cabe explicarmos como a psicanálise conceitua a personalidade individual.

Segundo Freud a personalidade é composta por processos inconscientes da formação da personalidade, ou seja, há muitos aspectos ocultos que marcam a nossa personalidade que definem nossa história pessoal e nossa maneira de ser. Freud na tentativa de teorizar sobre o “aparelho psíquico” define três “estruturas funcionais” que são articuladas entre si, são denominados Id (Isso), Ego (Eu) e Superego (Super Eu). Ao Id cabe a função mais dinâmica, inconsciente e criativa das estruturas sendo dela derivadas as outras duas: Ego e Superego.

O Ego é a estrutura da personalidade que simboliza a tela onde ficam registradas todas as emoções e sentimentos, é nele onde são percebidos e fixados. É no Ego também onde o indivíduo percebe os dois mundos diferentes, o subjetivo e o objetivo, decidindo se o que percebe ocorre no meio ambiente ou no seu mundo interno. É o Ego que regula, administra, coordena os estímulos do exterior, percebendo-os e elaborando-os; é o Ego que realiza o exame da realidade. A este processo é dado o nome de “princípio da realidade”.

E ao Superego fica a responsabilidade da consciência moral, é a representação mais direta das exigências sociais a partir das quais limita, pune a personalidade com intuito disciplinador da mesma. Está atrelado também, aos valores éticos, morais introjetados desde cedo pelas figuras parentais do indivíduo. Portanto, é justamente neste jogo dinâmico que se articulam as três estruturas, integrando o processo psíquico (ALMEIDA, 1996, p.15).

A crise psicótica é referendada na explicação do suicídio pela psicanálise, por que é durante essa crise que o indivíduo fica predisposto a se matar. Pois durante a crise psicótica, alguns núcleos e componentes psicóticos da personalidade são ativados. O Ego por alguns momentos perde a capacidade de se defender e por consequência, perde a capacidade de examinar a realidade.

Para compreendemos um pouco como é que ocorre a psicose, vale a pena nos ater a esta descrição muito bem elaborada do conceito como se apresenta abaixo:

A crise psicótica esgarça a trama tecida pelo tempo, irrompe, rompe, paralisa, impõe seu tempo, sua realidade, seu princípio de “irrealidade”. A psicose nos defronta com o problema da ruptura: o diálogo interior entra em crise, está cindido, feito em pedaços, fragmentado, desmantelado, disperso. A experiência psicótica de um mundo que explodiu em pedaços é a exteriorização de um cataclismo interior, de um tempo apocalíptico que viola as barreiras do exterior. Há um momento em que é difícil “situar” os fragmentos, saber se estão “dentro” ou “fora”; alguns, ligados à função linguística, continuam seu discurso autônomo e dismórfico, mas “em outro lugar”, em outros espaços, em outros tempos, em outros “mundos”. Da mesma forma que se perde o horizonte que delimita subjetividade e objetividade, perde-se também a “objetividade”, o sentido da realidade; os objetos internos se confundem com os externos, isto é, perdem sua alteridade, alienando a condição de sujeito pensante e que sente. As noções de alteridade e identidade entram em crise e se extraviam. O ser, submerso na situação, perde sua visão interior, ponto de partida de uma concepção ontológica de “homem interior” (Plotino) e do conceito de “insight” (Freud). Na crise se adquire uma perspectiva espaço-temporal que não segue necessariamente as regras e leis da geometria euclidiana. As perspectivas, os valores categoriais são “outros”, reinventados ou diferentes, na situação de crise (RESNIK apud CASSORLA, 1998, p.1).

A Psicanálise nomeia este processo de “acting-out”, ou seja, um momento onde o indivíduo por não conseguir conter os núcleos conflitivos da vida intrapsíquica, começa a expressar seus conteúdos psíquicos através de atos. O suicídio e por sua vez também, a tentativa de suicídio, estaria justamente neste processo de “acting out”, pois é o exato momento onde o indivíduo estando “fora de si” pode “atacar a si mesmo”. (DIAS apud CASSORLA, 1998, p.91).

1.5 O suicídio como preocupação da saúde pública

Na saúde pública as análises epidemiológicas das ocorrências do suicídio não são escassas nem recentes. Os estudos epidemiológicos descritivos já foram muitas vezes expostos, desde longa data, haja vista os estudos realizados por Émile Durkheim. De acordo com Leal (1998, p.19), ainda hoje o trabalho de Durkheim se mostra de extrema valia, pois a partir tanto de seu trabalho com os dados estatísticos como a observação das tendências e correlações, consegue com maestria abordar vários pontos de debates, desconstruindo respostas e chegando a explicações sociológicas.

Analisando atualmente um mapa epidemiológico do suicídio, certas questões ainda permanecem sem respostas concretas sobre os dados apresentados em estatísticas nacionais. Os dados oficiais (Ministério da Saúde) explicitam as estatísticas, distribuindo-as por Estado-

nação, porém ainda existe uma grande dificuldade nos subregistros específicos sobre suicídio, pois as estatísticas são referentes somente à mortalidade, e aos meios específicos para o êxito do suicídio, sem, portanto especificar se o episódio foi acidental ou intencional, e sem um estudo complementar para avaliar o fenômeno de forma mais pontual e endêmica (ver figura 1).

Portanto os indicadores de saúde de maneira geral, tais como as taxas de morbidade nos casos de tentativas de suicídio, e por conseqüência o óbito, possuem extrema relevância para a medição do nível de saúde da população.

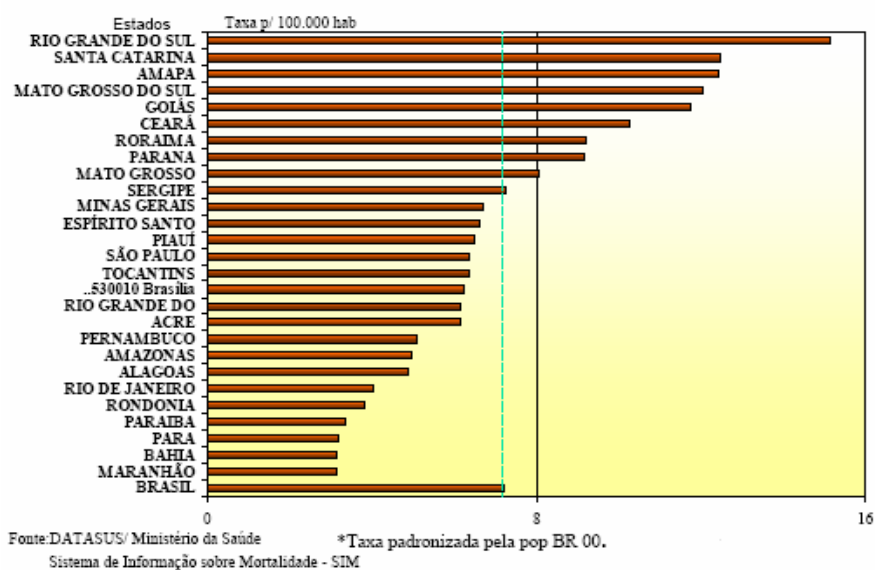


Figura 1. Taxa de mortalidade em Homens por suicídios nos estados brasileiros em 2002

Mas de fato, o que tem a ver tudo isto com suicídio? Estimou-se que no ano de 2000, aproximadamente um milhão de pessoas suicidou-se: uma "taxa de mortalidade global" de 16 por mil habitantes, ou uma morte a cada quarenta segundos e uma tentativa de suicídio a cada três segundos, em média, o que aponta para o impressionante aumento de cerca de 60% nas taxas de suicídio, durante menos de meio século (OMS, 2000). Neste contexto e a partir da partir da observação do fenômeno das tentativas de suicídio realizada concomitantemente com o processo de trabalho da autora no Serviço Social da Emergência do HU, o suicídio e as tentativas de suicídio se configuraram como fonte de questionamentos, avaliação, e análise a partir da perspectiva crítico-dialética.

Os dados utilizados neste trabalho reiteram um perfil epidemiológico apresentado pela SVS (Sistema de Vigilância Sanitária) sobre tentativa de suicídio do Brasil, e por regiões, entre 1996 a 2002. Cabe ressaltar, porém, que é possível encontrar dados mais recentes (como

do ano de 2008) no S. I. M² (Sistema de Informação sobre Mortalidade) referentes à “causas externas”, ou seja, os registros realizados oficialmente utilizam esta terminologia para abranger os riscos de homicídio, suicídio, e acidentes com veículos, tendo como base e referência à tabulação dos óbitos a partir das declarações de óbitos, de acordo com a região do país. Todavia, vários autores se atêm a estudar estas relações entre as distribuições epidemiológicas de suicídio, homicídio e acidentes, sem estabelecer uma conclusão definitiva sobre a questão, englobando ainda as mortes por suicídio no conjunto daquelas por “causas externas”, como destaca Minayo (1994, p.10).

Reforçando a explicação acima, devemos deixar explícito que:

A rubrica "causas externas" abarca uma extensão imensa de eventos: todos os tipos de acidentes (inclusive os de transporte), lesões autoprovocadas voluntariamente, agressões, eventos cuja intenção é indeterminada, intervenções legais e operações de guerra, efeitos tardios provocados por lesões acidentais ou violentas, e até mesmo, complicações de assistência médica e cirúrgica (OMS, 1996), dificultando discernir a especificidade que envolve cada um desses fenômenos. Se por um lado é, no mínimo, impróprio discutir como conjunto os acidentes domésticos, homicídios e acidentes de trânsito, por outro há em muitas situações uma relação submersa entre eventos "acidentais" e violências, o que dimensiona superficialmente a dinâmica e a dificuldade em lidar com tais classificações (DESLANDES, 1999, p.2).

Sendo assim, é nos serviços de saúde que a violência adquire maior visibilidade. É geralmente em uma emergência hospitalar onde a maioria dos casos de violência aparece. É através deste serviço que as vítimas de violência utilizam para acessar o sistema público de saúde. O atendimento de emergência é um importante instrumento indicador da violência que acontece em uma cidade. É justamente o local para onde são levadas as pessoas correndo risco de morte ou em situação de urgência, sendo para algumas pessoas a única oportunidade, enquanto vítima de uma agressão, de estar em contato direto com um profissional da saúde (DESLANDES, 1999, p.3).

A Emergência se configura assim, como locus de extrema importância para o atendimento e atenção às vítimas de violências domésticas (crianças, adolescentes, mulheres e idosos), vítimas de estupro, sobreviventes de tentativas de suicídio e de homicídio (BELL et

² “O sistema oferece aos gestores de saúde, pesquisadores e entidades da sociedade informações da maior relevância para a definição de prioridades nos programas de prevenção e controle de doenças, a partir das declarações de óbito coletadas pelas Secretarias Estaduais de Saúde. A Base de Dados nacional gerada é administrada pelo CENEPI em cooperação com o DATASUS. A operacionalização do Sistema é composta pelo preenchimento e coleta do documento padrão - a Declaração de Óbito (DO), sendo este o documento de entrada do sistema nos estados e municípios. Os dados coletados são de grande importância para a vigilância sanitária e análise epidemiológica, além de estatísticas de saúde e demografia.”

al apud DESLANDES, 1999). Iremos tratar mais adiante sobre a especificidade do Serviço Social quanto à colaboração aos registros epidemiológicos e a sistematização dos atendimentos realizados na Emergência do Hospital Universitário/UFSC de Florianópolis.

2. CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

2.1 Histórico do Hospital Universitário

O Hospital Universitário (HU) é um hospital público federal, vinculado à Universidade Federal de Santa Catarina, sendo diretamente subordinado à reitoria. O projeto para a sua construção começou a ser viabilizado na década de 1960 com intuito de melhorar a qualidade de ensino, pesquisa e extensão de cursos vinculados à Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) visto que os hospitais conveniados a ela não possuíam equipamentos suficientes para atender às necessidades do ensino na área de saúde.

Em 1964, o Ministério da Educação e Cultura (MEC) aprovou o projeto e autorizou o financiamento para a construção do Hospital Universitário cuja execução foi confiada a uma comissão de médicos e professores. No entanto, tornou-se realidade somente em 1980 após, intensa luta reivindicatória de alunos, professores e comunidade junto às autoridades Federais para a obtenção de recursos que permitissem sua inauguração.

Inaugurado em maio de 1980, o Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago – HU tem por finalidade promover a assistência, o ensino, a pesquisa e a extensão na área de saúde, e prestar assistência à comunidade na área de saúde, em todos os níveis de complexidade, de forma universalizada e igualitária. Sua missão é: “Preservar e manter a vida, promovendo a saúde, formando profissionais, produzindo e socializando conhecimentos, com ética e responsabilidade social”. Sua visão, segundo o Plano 2012 é “Ser um centro de referência em alta complexidade, com excelência no ensino, pesquisa, assistência e gestão, pautado na integralidade de atenção a saúde e no trabalho” (Plano 2012, p.).

A lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990, regulamenta as ações e serviços de saúde e estabelece no art. 45 que:

Os serviços de saúde dos hospitais universitários e de ensino integram-se ao Sistema Único de Saúde (SUS), mediante convênio, preservada a sua autonomia administrativa, em relação ao patrimônio, aos recursos Humanos e financeiros, ensino, pesquisa e extensão nos limites conferidos pelas instituições à que estejam vinculados.

O HU está vinculado ao Sistema Único de Saúde, e atua nos níveis de atenção da saúde : o secundário (atendimento especializado) e o terciário (alta complexidade no atendimento) que baseado nos preceitos constitucionais norteia-se pelos princípios doutrinários da universalidade, integralidade e equidade.

De acordo com Westphal e Almeida (1995) os princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde, são assim descritos:

Universalidade – todas as pessoas têm direito ao atendimento independente de cor, raça, religião, local de moradia, situação de emprego, renda, etc.

Equidade – todo cidadão é igual perante o Sistema Único de Saúde e será atendido conforme as suas necessidades.

Integralidade – as ações de saúde devem ser combinadas e voltadas, ao mesmo tempo, para a prevenção e a cura. Os serviços de saúde devem funcionar atendendo ao indivíduo como um ser humano integral, submetidos às mais diferentes situações de vida e de trabalho, que o levam a adoecer e morrer, ou seja, é preciso garantir o acesso às ações de promoção, proteção e recuperação da saúde.

Para custeio do tratamento prestado ao usuário, o HU emite fatura de custos ao SIA/SUS – Sistema de Internação Ambulatorial, quando o usuário é atendido na esfera ambulatorial ou na emergência até um período de 24hs de atendimento no HU. Quando excede esse horário o usuário é encaminhado para as Unidades de Internação e a fatura é emitida para o SIH/SUS – Sistema de Internação Hospitalar. Estas são duas fontes de receitas através do SUS, outras fontes estão vinculadas a doações, campanhas, convênios com entidades de fomento à pesquisa.

A abrangência no atendimento do HU se efetiva a partir de um contrato estabelecido com a Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina (SES/SC) e o HU/UFSC, no qual foram estabelecidas metas e indicadores de resultados a serem cumpridos pela unidade de saúde, além dos recursos financeiros. A contratualização constitui-se como uma das fontes de recursos para a manutenção do Hospital.³

Este processo de contratualização dos serviços de saúde pelo SUS representa para o HU uma estratégia de enfrentamento da crise que vem assolando os HU's no Brasil. O Contrato de Metas, estabelecido entre o HU e a SES/SC, tem por objetivo regulamentar a relação entre as instituições, padronizar metas gerais e específicas a serem cumpridas, perfil assistencial requerido. Ainda, regulamentar o volume de prestação de serviços, o grau de envolvimento do hospital com a rede estadual de referência, humanização do atendimento, melhoria da qualidade dos serviços prestados à população, melhoria da qualidade de ensino e outros fatores que tornem o Hospital um efetivo instrumento assistencial do SUS.

O Plano Operativo Anual, anexo ao Contrato de Metas, contém as características gerais dos serviços e atividades pactuadas entre o HU e a SES/SC, assim como a explicitação das diretrizes e metas físicas e de qualidade estabelecidas para as áreas pactuadas, que são:

- Atenção a Saúde;

³ A verba para custeio dos recursos humanos é proveniente do Ministério da Educação e Cultura (MEC), repassado à UFSC.

- Atividades de Ensino e Pesquisa;
- Atividades de Aprimoramento e Aperfeiçoamento da Gestão Hospitalar.

Assim a **Atenção à Saúde no HU** está subdividida em:

a) Atenção Hospitalar: refere-se ao conjunto de ações e serviços ofertados ao usuário e seus familiares em regime de internação.

b) Atenção Ambulatorial: compreende todas as ações ofertadas e executadas em nível ambulatorial independente de seu nível de complexidade, incluindo atividades características de atenção básica e média complexidade.

c) Atenção a Urgência e Emergência: sendo referência para atenção de urgência e emergência para todo o distrito norte e leste de Florianópolis, e referência para grandes emergências a partir da regulação estadual via SAMU.

d) Atenção de Apoio Diagnóstico e Terapêutico: que compreende serviços de diagnóstico por imagem e serviços de laboratório clínico.

As **Atividades de Ensino e Pesquisa** referem-se ao desenvolvimento de atividades de ensino de graduação, pós-graduação, residência médica, estágios curriculares. Existem ainda programas de pós-graduação que desenvolvem atividades de pesquisa junto ao hospital, entre eles: o mestrado em Odontologia e Nutrição e o mestrado e doutorado em Enfermagem e Farmacologia.

Entre as **Atividades de Aprimoramento e Aperfeiçoamento da Gestão Hospitalar** está proposto um modelo de gestão participativa e um colegiado de caráter consultivo e deliberativo constituído por representantes das diretorias do Hospital, das chefias de departamento, de servidores lotados na UFSC e conselheiro municipal de saúde.

O HU presta atendimento à população de todas as faixas etárias, desde a atenção neonatal até a geriatria para ambos os sexos. O hospital constitui-se como estrutura de saúde de referência para a região metropolitana da grande Florianópolis e em particular da região norte e leste da Ilha, dentro da Rede Docente Assistencial (RDA), uma ação conjunta com a Prefeitura Municipal de Florianópolis (PMF). É também referência para o restante do Estado de Santa Catarina em relação à urgência e emergência, atenção ambulatorial especializada e internação de alta complexidade.

O Plano 2012 foi constituído com a participação dos profissionais da instituição, onde foram definidos 13 eixos de questões estratégicas, entre eles:

- Programa de Gestão de Pessoas;
- Programa de Gestão Institucional;
- Programa de Gestão da Assistência;
- Plano Diretor de Informática;

- Programa de Captação de Recursos Financeiros;
- Programa de Gestão Financeira;
- Programa de Articulação Assistência Ensino, Pesquisa e Extensão;
- Programa Institucional de Ciências e Tecnologia;
- Programa de Comunicação Interna;
- Programa de Gestão de Materiais e Equipamentos;
- Programa Institucional de Desenvolvimento e Implantação da Alta Complexidade;
- Programa de Transplante;
- Programa de Marketing Institucional.

Ainda neste plano, está explícita a declaração de valores do HU, entre eles destacamos: ética, qualidade, Humanização, valorização e qualificação profissional, compromisso social, construção e socialização dos conhecimentos, público e gratuito, competência profissional, respeito aos princípios do SUS (integralidade, universalidade, equidade e resolutividade), articulação ensino, pesquisa, extensão e assistência e inovação.

Atualmente, a estrutura organizacional⁴ do HU é formada hierarquicamente a partir de uma Diretoria Geral (DG) subdividida em: Diretoria de Administração (DA), Diretoria de Apoio Assistencial (DAA), Diretoria de Enfermagem (DE) e Diretoria de Medicina (DM). De acordo com essa estrutura organizacional do HU a Diretoria de Apoio Assistencial (DAA) se divide em Divisão de Apoio Assistencial (DVAA) e Divisão de Diagnóstico Complementar (DVDC). Sendo que o Serviço Social está ligado à DVAA juntamente com os serviços de Farmácia, Psicologia, Prontuário do Paciente e Nutrição.

2.2 O Serviço Social dentro da instituição

Em 1997, o Conselho Nacional de Saúde, através da Resolução CNS n.218 de 6/3/1997, reconheceu o assistente social como profissional da saúde, por intervir junto aos fenômenos sócio-culturais e econômicos que reduzem a eficácia dos programas de prestação de serviços que envolvam a proteção e/ou recuperação da saúde.

O Serviço Social no HU atua junto à equipe multidisciplinar que conta com a participação de médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, nutricionistas, psicólogos, para o restabelecimento da saúde dos usuários, que procuram essa instituição. A inserção do

⁴ Estrutura Organizacional do HU (ver Anexo B).

Serviço Social segue a trajetória de assistência de seus usuários, que ocorre desde sua entrada para tratamento no ambulatório, na emergência, em internação e também à comunidade.

Conforme consta no Caderno de Texto nº 07, CRESS, 2007 são objetivos principais do Serviço Social no HU:

- Atender as demandas sócio-assistenciais dos usuários do HU;
- Desenvolver ações profissionais integradas com os diversos profissionais que prestam atendimento aos usuários, garantindo uma abordagem multidisciplinar;
- Desenvolver pesquisas que evidenciem fatores intervenientes no processo saúde-doença e sobre as ações profissionais desenvolvidas pelo Serviço Social;
- Favorecer ao usuário condições de exercer maior controle sobre seu processo de tratamento e convivência com a enfermidade.
- A formação do profissional de Serviço Social não é exclusiva na área da saúde, e possibilita aos profissionais atuarem com competência nas diferentes dimensões das questões sociais, com habilidades de elaborar, implementar, coordenar e executar as políticas sociais, inclusive as de saúde.

Atualmente o Serviço Social do HU conta com nove (09) profissionais que buscam atender os seguintes programas:

- Programa de atuação junto a patologias específicas: Projeto de Atuação junto a Usuários com Insuficiência Renal Crônica; Projeto de Atuação junto a Familiares e Usuários portadores da Doença de Alzheimer;
- Programas de Ações Especiais do Serviço Social: Projeto de Atuação do Serviço Social no Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa, Ensino e Assistência Geronto-Geriátrica - NIPEG; Projeto de Plantão junto ao Ambulatório; Projeto de Atuação junto a Associação Amigos do HU – AAHU; Projeto de atuação junto ao Serviço de Hemoterapia; **Projeto de Atuação Junto à Emergência** (local no qual realizo meu estágio); Comissão de Atendimento à Criança vítima de Maus Tratos; Projeto de Atuação junto ao Núcleo desenvolver; e Projeto de Promoção da Saúde através do Aleitamento Materno.

O HU sendo um hospital público atende toda a população independente de convênios, conforme diretrizes do SUS. As pessoas que procuram o Serviço Social são na sua maioria usuários - adultos e crianças - com baixo nível de escolaridade, trabalhadores rurais e urbanos, desempregados, subempregados, aposentados, domésticos, migrantes entre outros. Essas pessoas procuram o Serviço Social para solicitar assistência em situações, problemas, ou auxílios concretos: alojamento, asilo, consultas, exames, alimentação, medicamentos, órtese, prótese, passagem, informações sobre o processo de internação, entre outros.

O Serviço Social conta também com apoio da AAHU – Associação de Amigos do HU, que disponibiliza ajuda financeira ao serviço para compra de cestas básicas, passagens de ônibus, medicamentos, roupas (brechó), material de higiene, entre outros. Conta também com quantia de Suprimentos de Fundos para aquisição de medicamento, cesta-básica e fraldas.

2.2.1 Projeto de atuação do Serviço Social do HU junto à emergência

O Projeto de atuação do Serviço Social na emergência, iniciou em meados de 1996, e sua existência visa oferecer um atendimento global das necessidades do usuário e seus familiares, contribuindo para a abrangência do indivíduo em sua totalidade. Nesta unidade são atendidos aproximadamente de 300 pacientes por dia.

O Serviço Social do HU trabalha na perspectiva da Política Nacional de Humanização, uma vez em que o atendimento se organiza pela proposta do Acolhimento com Classificação de Risco⁵. O foco de intervenção é baseado no desenvolvimento de estratégias de *referência e contra-referência* com a rede de proteção social (tema abordado com mais detalhe adiante).

2.3. A emergência do Hospital Universitário/UFSC

A Unidade de Emergência é um ambiente extremamente dinâmico onde num mesmo momento ocorrem vários atendimentos simultâneos, são telefones tocando, usuários aguardando informações e encaminhamentos. No Hospital a adaptabilidade é a principal lógica que pode ser utilizada, conforme descrita por Freire apud Brandão (1988, p.20): “Aprender a rede de relações sociais e de conflitos de interesse que constitui a sociedade, captar conflitos e contradições que lhe imprimem um dinamismo permanente, explorar as brechas e contradições que abrem caminhos para rupturas e mudanças...”.

O montante de situações e rotinas de atendimento ao usuário da Emergência do HU se estruturam e se solidificam como parâmetro para uma reflexão mais aprofundada da prática profissional do Serviço Social. Nestas, podemos ressaltar a observação das técnicas e instrumentais utilizados pelas profissionais, tais como: entrevistas, observação, relatórios, levantamentos de recursos, encaminhamentos, pareceres sociais, contatos institucionais, entre outros.

⁵ Falaremos adiante sobre o acolhimento. Para detalhamento, ver Acolhimento com *Avaliação e Classificação de Risco* (ACCR). Disponível em < <http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/acolhimento.pdf> >.

Vale ressaltar que o Serviço Social, lida cotidianamente com sujeitos em situação de vulnerabilidade perante as contingências da vida, onde autonomia e saúde estão conjuntamente cerceadas. Esta situação de vulnerabilidade, por si só já recomenda o uso do acolhimento. O profissional de Serviço Social que está inserido neste universo complexo, onde a rotina de trabalho é demasiada e o cumprimento das demandas apresentadas pelos usuários requer imediatividade, não pode esquecer-se do compromisso com o projeto coletivo que respalda a profissão e deve estar em constante aprimoramento do conhecimento teórico-metodológico, para fundamentar as ações cotidianas. O Serviço Social na Unidade de Emergência do HU, busca estratégias para intervenção profissional junto ao usuário, desenvolvendo ações profissionais que correspondem aos processos sócio-assistenciais (sócio-educativos, sócio-emergenciais sócio-terapêuticos) e a partir do reconhecimento da rede de proteção social existente para possíveis encaminhamentos/informações.⁶

2.4 Diretrizes do Serviço Social no HU

O Serviço Social segue as diretrizes políticas da instituição, que são: assistência, ensino, pesquisa e extensão, e, busca conhecer a realidade sócio-econômico-cultural das pessoas atendidas no HU, no intuito de refletir com as mesmas sua situação de saúde relacionada com as condições de vida, para transformação do seu cotidiano.

De acordo com Mioto apud Caderno de Texto CRESS 12º - Região, (2007, p.10) as ações profissionais podem ser estruturadas em torno de três eixos interventivos, da qual as ações dos assistentes sociais do HU estão alicerçadas. Esses processos consistem em:

1)**Processos Político-Organizativos:** correspondem ao conjunto de ações profissionais, dentre as quais se destacam as de mobilização e assessoria, visando à participação política e a organização da sociedade civil na perspectiva da garantia e da ampliação dos Direitos na esfera pública e no exercício do controle social.

2)**Processos de Planejamento e Gestão:** correspondem ao conjunto de ações profissionais, desenvolvidas enquanto ocupante de cargos gerenciais e administrativos no âmbito das políticas sociais, das instituições e demais empresas públicas ou privadas, bem como no planejamento e gestão do Serviço social no âmbito de instituições, programas e empresas, e dos seus processos interventivos.

3)**Processos Sócio-assistenciais:** correspondem ao conjunto de ações profissionais desenvolvidas no âmbito da intervenção direta com os usuários, em contextos institucionais a partir de demandas singulares. Integram esse processo quatro categorias de ações, que conforme CRESS, 2005 no HU a intervenção está orientada diretamente ao usuário, especialmente com

⁶ Sendo a rede de proteção imprescindível para a excelência da nossa intervenção social, Faleiros reforça que: “As Redes não são invenções abstratas, mas partem da articulação de atores/organizações/forças existentes no território para uma ação conjunta multidimensional com responsabilidade compartilhada (parcerias) e negociada” (FALEIROS, 2000, p.1).

famílias e segmentos sociais vulneráveis: objetivo de responder demandas apresentadas na perspectiva da cidadania.

As ações profissionais do Serviço Social no HU se materializam através de ações, dentro dos processos sócio-assistenciais, que descrevemos:

- **Ações sócio-educativas:** vinculadas ao acolhimento do usuário, envolvem o esclarecimento das rotinas hospitalares ao usuário recém internado e seus familiares, orientações acerca do tratamento, questões trabalhistas e previdenciárias, os princípios norteadores do SUS (referência e contra-referência) e a hierarquização do sistema nas três esferas de governo. Destacam-se também os atendimentos grupais à familiares de usuários com patologias específicas (diabéticos, portadores de doença de Alzheimer, Parkinson, e portadores de insuficiência renal crônica), sala de espera para pacientes de terceira idade e ações voltadas ao planejamento familiar;
- **Ações sócio-emergenciais:** refere-se aos encaminhamentos aos recursos institucionais comunitários visando atendimento através de programas específicos vinculados a órgãos públicos e/ou ONG's. São realizados encaminhamentos para auxílio transporte em situações de alta hospitalar, roupas, cestas básicas, medicamentos, auxílio funeral, dentre outros. As ações estão vinculadas à proposta de contra-referenciar o atendimento com o município de procedência do usuário. O serviço conta com apoio financeiro de pequena monta fornecido pela Direção Geral do HU e recurso fornecido pela AAHU, destinado especificamente para aquisição de cestas básicas e passagens de ônibus.
- **Ações sócio-terapêuticas:** trabalha-se a dificuldade familiar da aceitação do prognóstico reservado e iminência de óbito. Também nas situações de rejeição da família à alta hospitalar e abandono de usuários acamados e dependentes.
- **Ações periciais:** são emitidos laudos técnicos para a instrução de processo de curatela (idosos e pessoas portadoras de deficiências), tutelas, procurações para os familiares decidirem sobre as questões financeiras; para processo judicial de recebimento de medicamentos de uso contínuo não disponibilizado pelo SUS e de medicamentos de alto custo; oxigenoterapia domiciliar; recursos junto aos processos não deferidos no INSS, Benefício de Prestação Continuada; órtese, prótese e aparelhos de locomoção, dentre outros (CADERNO DE TEXTO CRESS 12º - Região; número 7, 2007, p.31).

A ação profissional do Assistente Social no HU é pautada e tem sua base legal na seguinte legislação:

- Código de Ética Profissional (Resolução CFESS 273/1993);
- Lei de Regulamentação da Profissão (Lei 8.662/1993);
- Leis Orgânicas da Saúde (Lei 8.080/1990 e 8.142/1990);
- Lei Orgânica da Assistência Social (Lei 8.742/1993);
- Lei de Regulamentação do Planejamento Familiar (Lei 9.263/1996);
- Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei 8.069/1990);
- Estatuto do Idoso (Lei 10.741/2003);
- Política Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência (Lei 7.853/1989 e Decreto 3.298/1999);

- Política Nacional de Assistência Social (Resolução CNAS 145/2004);
- Política Nacional de Humanização;
- Regime Geral da Previdência Social (Lei 8.213/1991 e atualizações);
- Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde.

Para melhor efetivar estas ações, são utilizados instrumentos técnico-operativos específico do Serviço Social, tais como entrevistas, reuniões, visitas e contatos, sobre alguns dos quais, falaremos mais detalhadamente no seguir do trabalho.

3. O ACOLHIMENTO NA INTERVENÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NO ATENDIMENTO DAS TENTATIVAS DE SUICÍDIO NA EMERGÊNCIA DO HU/UFSC

[...] um dos maiores desafios que o assistente social vive no presente é desenvolver sua capacidade de decifrar a realidade e construir propostas de trabalho criativas e capazes de preservar e efetivar direitos, a partir de demandas emergentes no cotidiano. (IAMAMOTO, 2003, p. 20).

3.1 O cotidiano no processo de trabalho do Assistente Social na emergência do HU

Segundo Netto (apud GUERRA, 1987, p.13) o *cotidiano* é o lugar onde a reprodução social se realiza por meio da reprodução dos indivíduos. É no cotidiano onde os homens atuam como singulares e onde existe a possibilidade de se transformar em um espaço de alienação e manipulação. Sendo o cotidiano a vida de todo o homem, Heller (1972, p.17) enfatiza que o cotidiano não se desvincula do histórico, ou seja, é parte integrante dele, uma vez que a reprodução social se concretiza na reprodução dos indivíduos como tais.

É necessário para apreendermos a vida cotidiana, levar em conta três elementos: a realidade, totalidade e possibilidade. É justamente sobre a busca do real e da realidade que queremos aqui abordar brevemente. A vida cotidiana é composta por representações e imagens que constituem parte integrante do real cotidiano, a partir dos elementos abstratos sensíveis e práticos, do que foi vivido, da subjetividade fugitiva, das emoções, dos afetos, hábitos e comportamentos (LEFEBVRE, apud NETTO, 1989, p.21).

Porém Heller (1972) ainda nos sublinha que, embora a análise do cotidiano seja imprescindível, a atividade cotidiana por si não se configura como práxis, da mesma forma que a cotidianidade jamais se eleva ao plano da teoria: “a atividade prática do indivíduo só se eleva ao nível de práxis quando é atividade humano-genérico consciente.” (HELLER, 1972, p.12). Isto quer nos dizer que, no âmbito do processo de trabalho do assistente social se faz necessário o conhecimento teórico aliado conscientemente a práxis. A escolha consciente pelos valores universais, aliada a uma postura renovada e qualificada é inteiramente válida para ultrapassar a estagnação das tarefas cotidianas. Torna-se válido então, para o atendimento das necessidades humanas a postura comprometida do profissional de Serviço Social, atrelada por uma teoria social crítica para transcender alguns possíveis (e reais) impasses existentes entre a postura teleológica do profissional e a instrumentalidade da profissão. Assim, de acordo com Guerra:

É por meio desta capacidade, adquirida no exercício profissional, que os assistentes sociais modificam, transformam, alteram as condições objetivas e subjetivas e as relações interpessoais e sociais existentes num determinado nível da realidade social: no nível do cotidiano. Ao alterarem o cotidiano profissional e o cotidiano das classes sociais que demandam a sua intervenção, modificando as condições, os meios e os instrumentos existentes, e os convertendo em condições, meios e instrumentos para o alcance dos objetivos profissionais, os assistentes sociais estão dando instrumentalidade às suas ações. Na medida em que os profissionais utilizam, criam, adequam às condições existentes, transformando-as em meios/instrumentos para a objetivação das intencionalidades, suas ações são portadoras de instrumentalidade. Deste modo, a instrumentalidade é tanto condição necessária de todo trabalho social quanto categoria constitutiva, um modo de ser, de todo trabalho. (GUERRA, 1995, p.2).

A partir da Portaria GM n.1863 de 29 de setembro de 2003 foi instituída a *Política Nacional de Atenção às Urgências* em acordo com as contribuições do Conselho Nacional de Saúde (CNS), Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), e Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASEMS). Esta política possui a intenção de garantir a universalidade, a equidade e a integralidade no atendimento às urgências clínicas, cirúrgicas, ginecológicas, psiquiátricas, pediátricas e as relacionadas às *causa externas*⁷. O eixo principal da Política Nacional de Atenção às Urgências é a *Política Nacional de Humanização-Humaniza SUS*.

A implementação da Política Nacional de Humanização (PNH) na Urgência e Emergência, Prontos Socorros, Pronto Atendimento, se destaca o atendimento às demandas através dos critérios de classificação de risco, na garantia ao acesso à rede de proteção social, de referência e contra referência, resolução da urgência e emergência, definição de protocolos clínicos para a focalização em intervenções necessárias.

De acordo com Deslandes (2002, p.141) os serviços contemporâneos de Emergência contêm uma especificidade que os distingue de quaisquer outros serviços de saúde. Trata-se de uma assistência que deve ser realizada de forma imediata, eficiente e integrada. Exige amplo conhecimento técnico, habilidade profissional e o emprego de recursos tecnológicos.

A PNH indica para os profissionais da saúde a realização do acolhimento como instrumento para a avaliação das situações que aparecem no setor de emergência de um hospital. A classificação de risco, a partir da sistematização por cores que significariam a gravidade da situação, bem como, quanto tempo o paciente levaria para ser atendido. Nesta classificação de risco a cor vermelha é sinalizada para os casos mais graves, que devem ser

⁷ Cabe aqui lembrar, que as “causas externas” estão relacionadas aos acidentes fatais, eventos mórbidos ligados a acidentes de trabalho, homicídios, suicídios, quedas, afogamentos, exposições à fumaça e fogo, envenenamentos intoxicações, agressões, entre outras causas.

atendidos com urgência, a cor amarela representa os casos que necessitam ser atendidos em até trinta minutos, e de cor verde, atendimento rápido até uma hora. A cor azul é utilizada para os casos que podem ser atendidos nas Unidades Básicas de Saúde, pois são casos menos graves.

Como nos diz Chupel (2008, p.95), deve se considerar que a PNH surgiu com o intuito da priorização de um atendimento acolhedor e resolutivo. Quando o atendimento pode ser instrumentalizado na classificação de risco, também pode contribuir para a redução das filas e do tempo de espera, permitindo uma maior amplitude ao acesso nos prontos-atendimento, prontos-socorros, ambulatórios, serviços de apoio, diagnósticos e terapia. Esta ao organizar as prioridades também pode contribuir para a responsabilização dos profissionais em um determinado território e junto dos usuários que lá vivem; à garantia de informações que sejam úteis aos usuários, assim como, à gestão participativa e à educação dos trabalhadores. Portanto, o acolhimento é antes de tudo, um instrumental de referência tanto de maneira geral para os profissionais da área da saúde, quanto para o assistente social que intervem na realidade do cotidiano de uma emergência hospitalar.

Contudo, retomaremos adiante as definições e implicações do acolhimento no cotidiano da emergência do HU.

3.2 O Acolhimento do Serviço Social no HU/UFSC

Na emergência do Hospital Universitário/UFSC, os atendimentos são realizados geralmente a partir das entrevistas, observações, relatórios, levantamentos de recursos, encaminhamentos, pareceres sociais, contatos institucionais, entre outros. A primeira etapa consiste na entrevista realizada no leito ou maca do usuário, onde coletamos os dados através da escuta qualificada, parte da realização do acolhimento. Todo este processo ocorre a partir do encaminhamento dos médicos de plantão autorizando a internação do paciente. O Serviço Social entra na emergência como uma das profissões integrantes da equipe multiprofissional da saúde. Porém não só o médico solicita o apoio do Serviço Social para o atendimento realizado na emergência, os demais profissionais da equipe multiprofissional também reiteram os encaminhamentos específicos ao Serviço Social (geralmente vinculados à família do paciente). Os conteúdos dos encaminhamentos feitos ao Serviço Social pela equipe multiprofissional, possuem a característica de agilizar iniciativas e providências para a aquisição de medicamentos, notificação de alta ou óbito, contato com familiares, rede de proteção social (abrigos, unidades básicas de saúde, Ong's, secretarias de saúde, secretaria de assistência social, prefeituras). Junto a todo este processo de trabalho, soma-se a necessidade

da adaptação do profissional ao ritmo que uma emergência demanda. Na emergência é imprescindível a garantia da rotatividade dos leitos, pois, o tempo, a pressão das demandas reprimidas e a remuneração por produtividade vinculada à permanência e ocupação do leito por dia, geram um ambiente de trabalho onde a eficiência⁸ torna-se por vezes mais requisitada do que a eficácia. Neste contexto o acolhimento é essencial como parte integrante do processo de reorganização dos serviços de saúde, isto é, ele permite uma intersecção entre o trabalhador da área da saúde e do usuário (trabalho vivo em ato), onde é produzido a partir das relações de escutas, vínculos e compromissos para o projeto de intervenção. Exatamente como apontam Franco, Bueno e Merhy:

Olhando esses momentos pelo lado do trabalho tanto do médico, quanto do de um porteiro de um serviço de saúde são-nos reveladas questões-chave sobre os processos de produção em saúde, nos quais o acolhimento adquire uma expressão significativa. Isto é, em todo lugar em que ocorre um encontro enquanto trabalho de saúde entre um trabalhador e um usuário, operam-se processos tecnológicos (trabalho vivo em ato) que visam à produção de relações de escutas e responsabilizações, as quais se articulam com a constituição dos vínculos e dos compromissos em projetos de intervenção. Estes, por sua vez, objetivam atuar sobre necessidades em busca da produção de algo que possa representar a conquista de controle do sofrimento (enquanto doença) e/ou a produção da saúde (FRANCO; BUENO; MERHY, 1990, p.2).

Sendo desta forma, o acolhimento estaria no âmbito da reorganização dos serviços de saúde, pois modificaria o foco de atendimento do modelo assistencial⁹ medicocêntrico, sendo o usuário e suas necessidades o centro da intervenção. Deste modo a integralidade¹⁰ se promulgaria como princípio norteador das novas práticas em saúde, onde ficaria viável o cumprimento das práticas como o trabalho multiprofissional, a garantia de acesso, a resolutividade e a humanização. Portanto segundo Chupel (2008, p.46), se os trabalhadores de saúde perceberem que os atendimentos (realizados ou não) possuem certos elementos

⁸ De acordo com Donabedian apud Travassos e Martins (2009) - **eficácia** é o resultado do cuidado obtido na melhor situação possível; **efetividade** é o resultado do cuidado obtido na situação real; e **eficiência** inclui o conceito de Custo, se duas medidas são igualmente eficazes e efetivas, a mais eficiente é a de menor custo.

⁹ Para Paim (apud Chupel, 2008, p.45) “modelos assistenciais são combinações tecnológicas para o enfrentamento de problemas de saúde individuais e coletivos em determinados espaços-populações, incluindo ações sobre ambiente, grupo populacionais, equipamentos comunitários e usuários de serviço de saúde”

¹⁰ Nessa perspectiva a integralidade está calcada em dois pilares básicos que são a interdisciplinaridade e a intersetorialidade. A interdisciplinaridade é compreendida como um processo de desenvolvimento de uma postura profissional que viabilize um olhar ampliado das especificidades que se conjugam no âmbito das profissões, através de equipes multiprofissionais, visando integrar saberes e práticas voltados à construção de novas possibilidades de pensar e agir em saúde. A intersetorialidade, como uma nova forma de trabalhar, de governar e de construir políticas públicas visando à superação da fragmentação dos conhecimentos e das estruturas institucionais para produzir efeitos significativos na saúde da população, e exige a articulação entre sujeitos de diferentes setores sociais e, portanto, de saberes, poderes e vontades diversos, para enfrentar problemas complexos (REDE UNIDA, JUNQUEIRA apud NOGUEIRA e MIOTO, 2006, p.6).

diferentes do modelo assistencial medicocêntrico, verificarão uma dinâmica em construção, que permite novas formas de atendimentos aderindo à modificação do processo de trabalho, e por consequência uma modificação do cotidiano.

Contudo, o acolhimento possui como diretriz operacional os seguintes princípios:

1. Atendimento a todas as pessoas para a garantia do acesso universal. É neste contexto que ocorre o acolhimento, a escuta e a busca pela resolutividade com a finalidade de estabelecer uma relação de confiança e apoio do usuário.

2. Reorganização do processo de trabalho, com a formação de equipes multiprofissionais que realizem o acolhimento, assim, todos os profissionais de nível superior e ainda as auxiliares e técnicas de enfermagem, participam da assistência direta ao usuário, o que potencializa os serviços da Unidade.

3. Qualificação da relação trabalhador-usuário, a qual deve ser baseada por parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania, objetivando dessa forma, a constituição de um serviço de saúde de qualidade, com atenção integral, que atenda a todos e esteja sob controle da comunidade (CHUPEL, 2008, p.47).

Segundo Chupel (2008, p.96), devido às inúmeras definições distintas, tais como as formadas a partir de uma visão crítica, quanto até oriundas das correntes mais conservadoras, as perspectivas sobre o acolhimento podem ser divididas em dois grupos.

No primeiro grupo, o acolhimento se define como o fornecimento de informações, conhecimento das demandas e escuta, ou seja, um espaço de ouvir, de conhecer as necessidades de saúde dos usuários, objetivando à integralidade da atenção e maior resolutividade, constituído parte do movimento de universalização e de interpretação da concepção que a saúde é “direito do cidadão e dever do Estado” (Art. 196 da Constituição Federal).

No segundo grupo o acolhimento é pensado enquanto postura profissional e como comportamento cordial, sendo que desta maneira, se limita o seu potencial, pois fica restrito ao âmbito individual do profissional negando a existência do processo de coletivização reduzindo assim, o acolhimento a ele mesmo. É exatamente neste contexto, que Chupel (2008, p.96) nos traz a seguinte questão: “se o acolhimento é visto como uma postura profissional, o usuário não fica a mercê de posturas individualizadas, que dependem de cada profissional de saúde, cada um com suas representações, desejos, medos e anseios? Será que uma postura solidária pode ser adotada por todos os profissionais, em prol de todos os usuários?”.

Cabe aqui então como parte da busca para responder os questionamentos supracitados, a articulação do acolhimento com o referencial da bioética¹¹. De acordo com Farias (2007, p.42) o acolhimento visto sob a ótica da estratégia de humanização, está vinculado às relações humanas junto à atenção a saúde, e por isso gera conflitos éticos em diferentes âmbitos, tais como o profissional, político e pessoal. Estas mesmas relações estão atreladas a implicações bioéticas do seu desenvolvimento, pois é justamente nestes âmbitos onde se encontra um horizonte de respostas aos atendimentos às necessidades individuais e coletivas, de forma bilateral, ou seja, tanto do lado de quem oferece (profissionais e instituições) quanto de quem recebe (usuários e a população).

De acordo com o que ressalta Schramm:

[...] Pressupõe que a quantidade e a qualidade dos desejos individuais ou mesmo das sociedades democráticas modernas, apontam para situações de dilemas éticos em relação ao respeito de valores fundamentais a dignidade humana e de acesso aos produtos desta dinâmica. A garantia de direitos constitucionais como a “saúde para todos” torna os serviços públicos de saúde um rico cenário para situações cotidianas de desrespeito aos princípios sociais e morais. É neste contexto que se insere o acolhimento enquanto prática cujas bases são as relações humanas, onde se conforma um espaço estratégico para a garantia do direito à saúde e para a qualidade da atenção em respeito à dignidade humana. A ação de acolher compreendida a partir de seu determinante subjetivo potencialmente denota uma ação fundada sobre valores éticos e sob a perspectiva de política pública assinala para a discussão de responsabilidade ética desempenhada pelo Estado (SCHRAMM apud FARIAS, 2007, p.42).

Portanto, o acolhimento acaba no cotidiano dos atendimentos, surgindo como uma atividade que é direcionada para a atenção da demanda espontânea, transformando-o em mera ação mecânica que limita um processo amplo e complexo a mais uma atividade da unidade para atender aqueles usuários que por critérios de classificação e seleção, não foram considerados para a atenção da equipe multiprofissional (FARIAS, 2007, p.67).

Em consonância com Merhy (apud COSTA, 2006, p.6), um trabalhador dos serviços ao se encontrar com o usuário, dentro do processo de trabalho, é estabelecido entre eles um espaço intercessor que sempre existirá nos seus encontros. É na especificidade dos serviços de saúde, que este ponto de convergência é compartilhado, pois o usuário não é apenas consumidor do que o trabalho produz e/ou de insumos e medicamentos, mas também é co-participe neste processo de trabalho.

¹¹ Farias (2007, p.42) contextualiza: “A Bioética nasceu num momento, especialmente na segunda metade do século XX, quando houve um extraordinário desenvolvimento científico biológico. Deste campo do saber, a biomedicina, emergiu a necessidade de promover a discussão ética sobre as questões suscitadas nas suas práticas, principalmente, da experimentação com seres humanos e animais e do avanço e revolução das descobertas genéticas.”.

É válido ressaltar que o processo de trabalho do assistente social numa unidade de emergência é realizado de maneira parecida aos atendimentos feitos em um plantão (em hospitais, unidades básicas de saúde), ou seja, como diz Vasconcelos:

As orientações feitas (previdenciária, acidente de trabalho, programas assistenciais), os encaminhamentos (*para recursos internos da unidade - inscrição nos programas, agilização de exames e/ou consultas médicas, para recursos da comunidade/ou institucionais - cestas básicas, passagem gratuita, recursos assistenciais, exames de alta complexidade, asilamento, casas de apoio*), e em alguns casos aconselhamento/apoio. (VASCONCELOS, 2006, p.8).

Sendo desta forma, a partir da explicitação adiante, destacamos que o plantão, assim como a emergência, possui em seu cotidiano um processo de trabalho muito semelhante. Alguns aspectos similares que ambos apresentam (na seqüência estes estão ressaltados com grifo nosso):

- O plantão *não é planejado, sistematizado*, nem avaliado nas suas conseqüências; assim, *não conta com quantificação estatística dos atendimentos objetivando conhecer a variação da demanda, as solicitações por serviços e recursos materiais e a própria utilização do Serviço Social e dos serviços da unidade; conseqüentemente, não conta com observação/análise/avaliação sistemática do seu processo;*

Na Emergência do HU a observação/análise/avaliação sistemática não integra normalmente parte do processo de trabalho do assistente social, isto é, grande parte das intervenções realizadas não são planejadas, e nem sistematizadas. Como veremos adiante, como no plantão, o processo de trabalho na Emergência acaba muitas vezes tendo ações que resultam em um fim em si mesmo, por não possui um fluxo articulado para o direcionamento das demandas explícitas, nem implícitas, tal é o caso das tentativas de suicídio.

- Constitui-se em ações imediatas, isoladas e assistemáticas, que promovem encaminhamentos, orientações, aconselhamentos e apoio sobre a(s) doença(s). *Ações como um fim em si mesmo, na medida em que, não estão articuladas a programas e projetos que atinjam e/ou absorvam os usuários de forma sistemática e continuada, no sentido de oferecer suporte contínuo às demandas explícitas, mas principalmente às demandas implícitas por promoção e proteção da saúde e prevenção de doenças, danos, agravos e riscos;* (VASCONCELOS, 2006, p. 8).

Todavia, as demandas atendidas pelos assistentes sociais, em grande parte são recebidas a partir de encaminhamentos. O trabalho dos assistentes sociais se encontra então, atrelado ao movimento interno da unidade de saúde, tornando suas ações meramente complementares às ações dos demais profissionais de saúde e, portanto, se fundindo à

dinâmica interna da unidade, em última instância, funcionais à ordem social vigente (COSTA, 2006, p.6).

3.3 O suicídio como fenômeno

3.3.1 Definições: suicídio e tentativas de suicídio

No âmbito específico dos suicídios de acordo com Cassorla (1998), identificam-se mais facilmente depressivos e psicóticos entre os suicidas, porém, em 50% dos casos é difícil precisar uma patologia mental descritível do ponto de vista fenomenológico clássico. Fica então a partir deste fato, a dificuldade ao intervir em uma situação tão delicada e frágil. É exatamente nesta situação em que o acolhimento surge com o objetivo superar seu modelo tecno-assistencial, e respaldar a intervenção do assistente social na especificidade das tentativas de suicídio.

Segundo Grünsapun (apud CASSORLA, 1998, p.120) diante da tentativa de suicídio ocorrida, é necessária a imediata prevenção para que não ocorra outra tentativa. É por meio do diagnóstico psiquiátrico e da avaliação clínica pelo psicólogo ou psiquiatra, ao se medir o risco de suicídio, que é possível verificar a necessidade de medicamentos ou internação.

O autor delimita o suicídio nos transtornos mentais como um incidente e ou um erro de julgamento, sendo que para o ato suicida é necessário um determinado nível de decisão racional permitindo uma opção pessoal através da vontade, intenção e lucidez. Grünsapun enfatiza também, que na psiquiatria, de acordo com a visão psicopatológica, o suicídio é visto sendo sempre considerado a existência de uma perturbação mental, e de acordo com o que o autor especifica em sua pesquisa, a cerca dos suicídios ocorridos com adolescentes, esta pode ser esquizofrenia, psicose maníaco-depressiva (atualmente denominado transtorno bipolar), psicose tóxica ou personalidade psicopática. Na mesma pesquisa o autor apresenta como opção de intervenção terapêutica o uso da Escala de Fatores Suicidógenos, útil aos profissionais da saúde como instrumento para decisões clínicas. A partir desta mesma pesquisa, o autor realizou uma análise dos fatores suicidógenos encontrado após a autópsia psicológica¹² realizada nos casos de suicídios entre adolescentes e verificou que freqüentemente estes são: 1. Eventos circunstanciais: *reveses escolares ou reveses sentimentais, recusa dos familiares em deixá-los sair a adquirir algo; críticas familiares; discussões com amigos, perda de um amigo ou parente; modificações bruscas nas condições sócio-econômicas e separação dos pais. Como aspectos psicológicos aponta-se algum tipo de*

¹² **Fatores suicidógenos:** fatores encontrados a partir do estudo da “autópsia psicológica”, ou seja, baseados em um inquérito retrospectivo realizado nos casos em que apresentam indivíduos com comportamentos que se relacionam com o desejo de causar a própria morte.

distúrbios mentais na família (grifo meu), 2. Idéia de morte, 3. Distúrbios afetivos, 4. Imperiosidade de atos. De acordo com o autor a família do suicida é em geral uma família que apresenta rupturas em *sua estrutura*, é comum também que a família não saiba como lidar com o sujeito que tentou suicídio, pois a tentativa afetou de forma e em proporções diferentes cada um de seus membros. É necessária então uma intervenção no âmbito familiar para facilitar o diálogo entre os membros desse grupo e proporcionar a compreensão e o apoio mútuo entre os indivíduos. (GRÜNSPUN, apud CASSORLA 1998, p.120).

3.3.2 Família no contexto do suicídio

O âmbito familiar é quase sempre citado nos estudos epidemiológicos como parte essencial no fator de estruturação e no desencadeamento do ato suicida (GRUNSPÜN, 1998; CASSORLA, 1998). E de acordo com Mito (1994, p.43) esta constatação é respaldada por estudos comparativos realizados com imigrantes que tiveram taxas de atos suicidas tanto nos países de origem quanto nos países de residência. A tentativa de suicídio, segundo Cassorla apud Mito (1994, p.40), resulta, portanto, num ponto máximo de um processo que se inicia antes do nascimento e da infância, numa família onde não há capacidade uma “maternagem adequada” e onde há outros fatores descritos por Freud relacionado ao mesmo tema.

Porém cabe ressaltar que não é nossa intenção reduzir a tentativa de suicídio a uma simples doença, transtorno, ou patologia, sendo a melhor definição segundo nossos estudos descrita por Cassorla (apud Mito, 1994, p. 40): “um sintoma, ou melhor, um emergente de uma série de fenômenos mais complexos... que repousa basicamente na predominância clínica dos elementos ligados à simbiose e ao acting out”.

Antes de nos adentrarmos nas análises dos casos 3 e 4, vale a pena ressaltarmos brevemente o que concebemos como conceito de família.

A compreensão científica de que é família teve sua estrutura desenvolvida a partir do século XIX, junto a diversas concepções como as grandes correntes do funcionalismo (aqui lembramos Durkheim) e do marxismo. Detalhado por Lima:

...a família, no berço da teoria funcionalista durkheiminiana, é em primeira instância, um fato social, com importância fundamental para a integração dos indivíduos às normas e condutas sociais. Compreende-se a família a partir da sociedade conjugal, fundamentada na divisão sexual do trabalho, que se mantém por meio da solidariedade, sem a qual a sociedade conjugal tenderia a desaparecer e seria apenas relações sexuais efêmeras (LIMA, 2005, p. 17).

O senso comum sempre nos diz que a família corresponde a um grupo social altamente motivado e com a responsabilidade de proteção dos indivíduos que fazem parte dela. No Brasil é extremamente forte o vínculo da concepção do que “é família”, com os ideários e

dogmas judaico-cristãos, onde a família passa a ter uma relevância divina. A relatividade com que o conceito de família pode ser abordado pode ser explicitada com Shapiro, quem ressalta através de seu estudo que:

... Por outro lado, ao considerarmos a grande diversificação das sociedades humanas que têm sido observadas desde o tempo de Heródoto, por exemplo, até nossos dias, a única coisa que se pode dizer é que a família conjugal monogâmica é relativamente freqüente. Sempre que ela parece ter sido superada por tipos diferentes de organização, isto se dá em sociedades muito especializadas e sofisticadas e não, como anteriormente se esperava, nos tipos mais rudes e simples. Outrossim, os poucos exemplos de família não-conjugal (mesmo nas formas poligâmicas) estabelecem de modo irretorquível que a elevada freqüência do grupamento social do tipo conjugal não decorre de uma necessidade universal. É pelo menos concebível que uma sociedade perfeitamente estável e duradoura possa existir sem ele. Dai o difícil problema: se não existe lei natural alguma que torne a família universal, como explicar a sua ocorrência, em toda parte? (SHAPIRO, 1972, p. 27)

Portanto dentro de uma visão mais ortodoxa, a família seria uma palavra que designa um determinado grupo social, que possui três características: ter sua origem no casamento, ser constituído por marido, esposa, e filhos provenientes desta união, e seus membros devem estar unidos entre si por vínculos legais que originam direitos e obrigações.

A sociedade contemporânea desestruturou a ordem tradicional e com isso ocasionou mudanças profundas no que concernem às três dimensões básicas sobre as quais se define a família, “como a sexualidade, a procriação, e a convivência. Introduzindo novas maneiras de se conviver e uma multiplicidade de tipos de família” (SHAPIRO, 1972, p. 27).

Portanto, hoje a definição de família se ampliou e não se restringe apenas a uma convivência em um mesmo espaço, como nos explicita Lima:

A definição de família, no entanto, não se restringe à convivência em um mesmo espaço doméstico, mas pela relação estabelecida entre pessoas que compõe o domicílio com o membro identificado como a pessoa de referência, qual seja o “principal responsável” pelo grupo familiar. A noção de responsabilidade no domicílio doméstico encontra-se relacionada a provisão econômica e/ ou a manutenção desse espaço físico e aos cuidados com os seus habitantes (LIMA, 2005, p.27).

A diversidade familiar que habita nossa estrutura social exige e requer uma habilidade contundente para ampliar nosso campo de visão ao se tratar de família atualmente. Devemos então considerar os diversos subsistemas criados por elas, desarraigando de preconceitos e nos atermos na realidade na qual vivemos. E como pontua Miotto:

A família é o ambiente diário do nascimento de vidas que precisam ser cuidadas, amadas, acalentadas, protegidas e educadas, para que possam crescer e se desenvolver. É nesse ambiente que se processa a socialização e o desenvolvimento das personalidades humanas, onde aprendemos a ser e a conviver. É o lugar onde a gente aprende a ser gente (MIOTO apud LIMA, 2005, p.27).

3.4 Dados da observação nos atendimentos

O desenvolvimento destas intervenções ocorreu na ocasião do desenvolvimento do estagio na Emergência do HU e juntamente com a colaboração da parte da equipe multiprofissional que realiza os atendimentos dos casos de tentativa de suicídio. Cabe salientar que o atendimento às tentativas de suicídio, geralmente obedeciam ao fluxo de atendimento do HU, isto é, tinham como “porta de entrada” a Emergência.

O acolhimento então surge neste ponto sendo necessário não tão somente para cumprir sua função tecno-assistencial, mas como também aporte técnico, onde se ressalta possuidor de uma dimensão relacional, ou seja, de acordo com Borges (apud Chupel 2008, p.64) o acolhimento, não deve ficar restrito apenas a tarefa de reorganizar os serviços de saúde, mas de se constituir em um espaço no qual os usuários participem do processo de garantia de direitos e da consolidação da cidadania. Segundo a mesma autora, a coexistência entre os seres humanos, gera conflitos devido às vezes não haver um reconhecimento entre as situações vivenciadas pelos próprios usuários no momento do acolhimento, para o reconhecimento ser realizado, a autora sugere que a escuta então deva ser utilizada com a finalidade de reconhecer, e compreender, via afeto.

A autora ainda nos ressalta que neste momento de comunicação, podem acontecer duas formas de compreensão, a compreensão intelectual (inteligibilidade), e a compreensão humana intersubjetiva (processo de empatia, identificação, projeção, simpatia e generosidade).

Desta maneira foram coletados e aqui serão descritos os acolhimentos dados referentes a quatro atendimentos diferentes, com usuários diferentes, mas em todos eles o acolhimento foi utilizado como primeira etapa da intervenção do Serviço Social na Emergência do HU.

Como se verifica pelo quadro 1, nos 4 (quatro) casos tratava-se de indivíduos do sexo feminino, com idade entre 31 e 50 anos (veja quadro 1), todos eles já em atendimento e também recebendo medicação dentro deste atendimento, o que inclusive serviu como instrumentação das 4 tentativas de suicídio atendidas na emergência e ora em estudo. Em 1 dos 4 casos a medicação foi “complementada” (soda cáustica) o que não ocorreu nos demais; em também em 1 dos 4 casos a tentativa de suicídio já ocorrera e era recorrente, bem como, em 1 deles já houvera internação (não forma os mesmos sujeitos). A ocorrência de uma

tentativa anterior, e também a internação no IPQ poderiam servir como indicadores da gravidade dos casos e das dificuldades dos usuários em lidar com suas situações de vida.

Quadro 1 - Casos de atendimentos de tentativas de suicídio na emergência do HU, com aplicação do roteiro de intervenção

Variáveis	Caso 1	Caso 4	Caso 2	Caso 3
Idade	42	40	50	31
Gênero	F	F	F	F
Utiliza Medicação Contínua	Sim	Sim	Sim	Sim
Utiliza os serviços da UBS local?	Sim	Não	Não	Sim
Utiliza os serviços do CAPS?	Sim	Não	Não	Sim
Já foi encaminhado para IPQ?	Não	Sim	Não	Não
Já foi internado em algum hospital psiquiátrico	Não	Sim	Não	Não
Qual forma de tentativa de suicídio?	Superdosagem de medicamentos psiquiátricos	Superdosagem de medicamentos psiquiátricos	Superdosagem de medicamentos psiquiátricos	Superdosagem de medicamentos psiquiátricos e soda cáustica
Recidiva?	Não	Não	Não	Sim
Substâncias ingeridas	Fluoxetina e Diazepan	Fluoxetina e Diazepan	Fluoxetina e Diazepan	Fluoxetina e Diazepan + limpador de fogão
Possuía acompanhante na hora do acolhimento?	Sim	Sim	Não	Sim
Encaminhamento realizado de acordo com o fluxograma vigente?	Sim	Sim	Não	Sim

Nos casos das tentativas de suicídio, (caso 1 e o caso 2, ver quadro 1), os dois atendimentos foram realizados durante o decorrer do estágio, onde diante do ritmo intenso da Emergência foram registrados alguns dados de acordo com o roteiro de intervenção concomitantemente às intervenções. Estas intervenções, que por vezes eram muito raras no Serviço Social nos casos de tentativas de suicídio, não incluíam o assistente social participando de forma plena no processo de trabalho da equipe multiprofissional. Esta situação ocorria tanto pela não integração da equipe multiprofissional como um grupo coeso de trabalho, mas também pelas dificuldades de comunicação entre os profissionais da equipe de saúde. Parte desta falta de integração ocorre por consequência de que o Serviço Social ao lidar com as tentativas de suicídios, por vezes limita sua intervenção a ações focalizadas apenas nos aspectos relacionados à alta hospitalar do usuário (família, transporte) e também em aspectos relacionados aos princípios básicos de dignidade humana (tais como, roupa, cesta básica).

Tendo em vista as considerações acima, a análise destes casos será de caráter quantitativo, enquanto a análise do caso 3 e caso 4 será qualitativa.

Cassorla (apud MIOTO, 1994, p.37) destaca que há certas dificuldades em categorizar os comportamentos suicidas, pois em grande parte dos trabalhos relacionados à temática suicídio, envolve sem discriminação os temas suicídio, tentativa de suicídio e ameaças de suicídio. É importante ressaltar, que o autor afirma que suicídio e tentativa de suicídio são fenômenos distintos, nos lembrando que a compreensão ultrapassa a simples questão do morrer ou não morrer. Esta compreensão envolve uma discussão da própria construção do fato, que fica explicitada pela diferenciação entre, a população que se suicida e a população que tenta suicidar-se, embora sejam populações que façam parte de um mesmo conjunto.

O caso 1 e o caso 2, além de serem os primeiros atendimentos realizados com o roteiro de intervenção, foram dois casos em que a rede de proteção fora do hospital foi acionada como parte da contra-referência, isto é, como parte do encaminhamento realizado contatando os serviços de psicologia e/ou psiquiatria da UBS e ou CAPS. Especificamente no caso 1, após o acolhimento vimos que a usuária era acompanhada sistematicamente pela UBS local, e pelo CAPS, sendo amplamente medicada com todos os cuidados psiquiátricos que a rede de proteção em saúde mental dispõe. Nos atendimentos realizados no caso 3 e ao caso 4, foi seguido igualmente o roteiro de intervenção passo a passo, realizando-se mediação entre a equipe multiprofissional do HU, o psiquiatra da UBS local do usuário, e com o acompanhante.

Em todas as intervenções realizadas, ficou evidente a forma da tentativa de suicídio, e quais substâncias utilizadas. Em 100% dos casos atendidos foram utilizadas as próprias medicações psicoativas, sendo em grande parte compostas por antidepressivos e tranqüilizantes (fluoxetina e diazepam). Em todos os quatro casos, se nota mulheres maiores de 30 anos de idade.

A partir do perfil levantado com o acolhimento e registros das informações sobre os casos 1 e 2, a tentativa de suicídio passa a ficar mais exposta enquanto fenômeno dentro da emergência do HU, deixando de ser mera fatalidade e exigindo uma maior atenção, tanto do Serviço Social, como da equipe multiprofissional.

Utilizando-se os dados do Ministério da Saúde (ver figura 2), pode-se verificar que os dados coletados nas intervenções do Serviço Social no HU, não são muito díspares dos registros oficiais. De acordo com o quadro 1, fica explícito que o gênero feminino também se mostra como a grande parte das internações por suicídio no Brasil.

Comparando-se a figura 2 com o quadro 1, eles apresentam em comum a utilização da autodosagem de medicamentos como forma principal de tentativa de suicídio entre as mulheres.

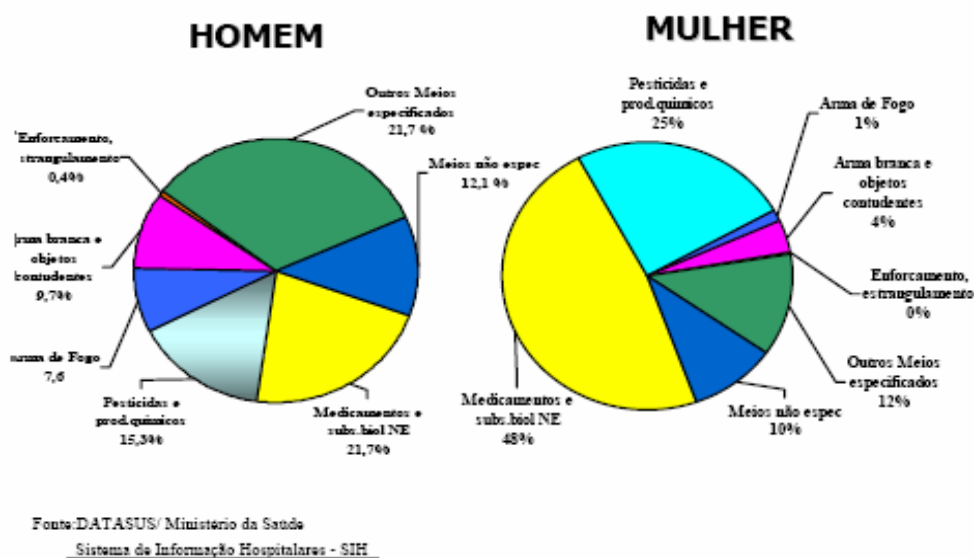


Figura 2. Percentual das internações por suicídios por gênero e por agrupamento. Brasil, 2003.

3.4.1 Apresentação dos Casos 1 e 2

Os casos 1 e 2 mencionados serviram para mapear e qualificar a maneira de se intervir nos casos específicos de tentativa de suicídio, compondo assim através da prática, vários estudos e informações que modificam e transformam a maneira de lidar com o cotidiano. Cabe ressaltar sobre a importância da observação cotidiana no processo de trabalho do assistente social e da estagiária, como uma observação sistemática e direcionada, tendendo sempre a análise reflexiva. É esta postura teórico-metodológica que delinea todo o aprendizado da “dialética cotidianidade/suspensão do cotidiano” que nos fica muito evidente diante dos atendimentos do caso 1 e caso 2. Eis o que Netto (1989, p.71) nos ressalta sobre isso:

“Não está em jogo, aqui, apenas, a infirmação das noções e representações gestadas no quadro da cotidianidade, das quais o preconceito é a figura mais típica. Nem igualmente, a da romântica e inepta apologia do “saber prático” de segmentos da população – grosseiro viés que anda a permear certas formulações que tem livre curso entre assistente sociais (e não só). Substantivamente, o que está em causa é o largo espectro de posturas positivistas e neopositivistas, fundamentadas na recepção da objetividade imediata dos processos e fenômenos sociais como sendo sua realidade estrutural. Mesmo que veladas por sofisticadas formalistas (metodologistas, epistemologistas), estas posturas não rompem com a faticidade empírica em que se dá a imediatividade da vida cotidiana.”

Contudo, é somente quando se supera as “balizas do pensamento cotidiano”, onde os procedimentos analógicos, o materialismo espontâneo e o pragmático e as tendências antropomórficas se conectam para mediar as representações instrumentais da interação do indivíduo com o mundo natural e social (NETTO, 1989, p.71).

Portanto, embora os registros e as intervenções realizadas no caso 1 e caso 2 tiveram uma dinâmica mais rápida, por estarem vinculados ao cotidiano do processo de trabalho dentro de uma emergência hospitalar, foi possível através deles, entender a maneira como realmente funciona a rede de atendimento em saúde mental no Município de Florianópolis.

Especificamente no caso 1, a intervenção ocorreu de forma simples, isto é, a partir da identificação da usuária internada por tentativa de suicídio (autodosagem excessiva de medicamentos), se estabeleceu um contato direto com a acompanhante da usuária internada, e se realizou como ponto de partida da intervenção, o acolhimento. A partir dele é que se pôde delimitar qual era o foco que precisava ser dado para o sucesso da intervenção.

Tanto no caso 1 como no caso 2, a interação com a rede de proteção foi árdua e dificultosa, porém, a partir desta experiência prática constatamos como funciona e como deveria funcionar o atendimento específico de saúde mental.

De acordo com a Secretaria de Saúde do Município de Florianópolis, o fluxo de atendimento teoricamente deveria funcionar de acordo com o protocolo geral de atenção à saúde mental (disponível em <<http://www.pmf.sc.gov.br/saude/protocolos/protocolos.php>>) funcionaria assim: o usuário que precisa de atendimento psicoterápico e ou psiquiátrico deve ser encaminhado a UBS, onde funcione a **Estratégia Saúde da Família** - equipe de apoio e atenção em saúde mental da ESF, onde é realizada uma avaliação do usuário juntamente com o encaminhamento aos centros de atenção psicossocial (CAPSI I; CAPSi; CAPSad) nos casos emergenciais e de crises agudas, segundo o fluxo estabelecido pelo Município de Florianópolis, o usuário deve ser encaminhado ao **atendimento de suporte** (Emergência, Hospitais e Comunidade Terapêuticas) em Hospitais como o →HU e IPQ → e finalmente, após o atendimento emergencial, deve ser realizada a contra-referência com a UBS - **Estratégia Saúde da Família**, com o intuito de completar a rede de proteção ao usuário.

Com isto, após um breve levantamento de rede, foi constatado que a rede de proteção para a saúde mental em Florianópolis deve funcionar sob a seguinte perspectiva:

- Cada região de atuação/território de atenção deverá contar com pelo menos um grupo de apoio em saúde mental/psicológico aberto, conduzido por um profissional de saúde mental, preferencialmente em conjunto com um membro da equipe de estratégia de saúde da família. Além desses, existem grupos específicos em saúde mental de temáticas diversas.

- A escolha e o planejamento dos grupos devem ser feitos com as equipes de Saúde da Família considerando as necessidades prioritárias de saúde mental da localidade em que atua. Esse arranjo institucional também visa a promover articulação entre as unidades locais de saúde e os serviços de saúde mental como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), organizando o fluxo e o processo de trabalho, de modo a tornar horizontais as especialidades e que estas permeiem toda a atuação das equipes de saúde.
- Os CAPS são serviços de referência para casos graves, que necessitem de cuidado mais intensivo e/ou de reinserção psicossocial, que ultrapassem as possibilidades de intervenção da ESF e equipe de saúde mental. Nessa lógica, os casos a serem atendidos nos CAPS devem ser preferencialmente encaminhados pelas equipes de saúde mental. Também darão retaguarda às equipes de Saúde Mental e ESF, nas suas especificidades, assessorando nas demandas específicas. São serviços substitutivos às internações psiquiátricas, quando possível.
- Os indivíduos que buscarem os CAPS por demanda espontânea, serão acolhidos e avaliados por um dos membros da equipe. Os casos que após a avaliação não tiverem necessidade de acompanhamento nesse serviço, serão atendidos pela ESF nos CS de sua área de residência, com apoio da equipe regional de saúde mental e das equipes dos CAPS, conforme sua especificidade (adulto, AD e infantil).
- Quando as possibilidades de tratamento extra-hospitalar forem esgotadas e o indivíduo apresentar risco para si mesmo ou para outros, serão encaminhados para o IPQ/CECRED, tendo em vista que essa é única possibilidade de internação psiquiátrica para a rede de saúde do município de Florianópolis, pois até o momento não existem leitos de internação psiquiátrica em hospitais gerais. As pessoas que saem de internação hospitalar devem ser encaminhados diretamente para os CAPS (SECRETARIA MUNICIPAL DA SAUDE - PMF, 2008).

De acordo com a Secretaria Municipal de Saúde atualmente a rede funciona com cerca de oitenta equipes de ESF. O município possui cinco equipes de Saúde Mental, sendo uma para cada regional de saúde. Porém estas equipes são constituídas por médicos psiquiatras e psicólogos, que atuam de forma generalista, pois atuam dentro da lógica de matriciamento, ou seja, nos casos onde não houver recursos suficientes para abarcar o excesso de demanda de determinado serviço, ou algum outro tipo de limitação, entrará em cena o papel do regulador para avaliação e melhor encaminhamento do caso. A regulação será realizada dentro do setor de controle, avaliação e auditoria da Secretaria Municipal de Saúde.

Porém analisando os dados levantados através da intervenção do Serviço Social na Emergência do HU. Podemos observar que em apenas 25 % dos casos de tentativas de suicídio atendidos, existia efetivamente algum respaldo pela rede de proteção em saúde mental.

Somente no caso constatamos esse respaldo no acolhimento realizado junto ao acompanhante, levantamos que informações: a usuária já era atendida pela UBS local, a acompanhante era integrante da família, o que facilitou ainda mais o acesso a informações, tais como o nome do psiquiatra, utilização de medicamentos psicoativos. É neste atendimento que nos fica claro que é a partir destas informações tão essenciais, que o trabalho em rede pode funcionar. Pois logo após o acolhimento junto ao acompanhante, foi dada seqüência na

viabilização da alta da usuária internada, com a estagiária de Serviço Social executando mediação entre a equipe multiprofissional do HU, médico ou psicólogo da UBS local, e CAPS.

Nos casos três e quatro explicitados no quadro 1, as mediações realizadas pela estagiária de Serviço Social entre o HU e a rede, ocorreram de maneira muito mais indireta e muito mais trabalhosa de acordo com a experiência que foi crescendo gradativamente, o que culminou na construção do roteiro de intervenção.

No caso dois, fica evidenciada a falta de um acompanhante para a realização da alta hospitalar, sendo também este o motivo da preocupação da equipe multiprofissional com a usuária. A equipe multiprofissional contata o Serviço Social para localizar a família da usuária que se encontrava de alta hospitalar. O tempo demandado ao ficarmos somente na busca ativa da família poderia realmente ser utilizado de forma mais proveitosa se tivéssemos em sincronia com a rede de proteção municipal. Porém, ao mesmo tempo em que a busca ativa é dispendiosa no recurso de tempo, ela nos suscita a outra indagação: **qual é a real importância da família no processo de trabalho, na especificidade das tentativas de suicídio?**

Embora o atendimento do caso dois, não tenha sido inteiramente completo de acordo com o roteiro de intervenção do Serviço Social, ele nos trouxe algumas indagações que culminaram na busca por tentar respondê-las e por consequência numa análise mais profunda dos atendimentos nos próximos casos (caso 3 e caso 4).

3.4.2 Apresentação dos casos 3 e 4

A análise dos casos três e quatro utiliza como base os relatos descritivos das respectivas intervenções, tendo como pressupostos o equilíbrio entre a observação, prática e a teoria, ou seja, compreender o projeto profissional é imprescindível para conseguirmos entender a lógica entre a dialética observação/experiência e teoria/prática. O projeto profissional se encontra no hiato entre a teoria e a prática. Ele é produto da luta e da correlação de forças de sujeitos coletivos representantes tanto dos interesses particulares quanto universais, e um elemento necessário para que uma atividade se converta em práxis (GUERRA, 2000, p.24).

Como primeira situação de intervenção, realizou-se o acolhimento com a usuária A., com 31 anos; mora com a mãe e a sobrinha; é evangélica e vive com um companheiro (ver quadro 2). É a mais jovem de todas as usuárias atendidas. Nesta intervenção foi utilizado o acolhimento como contra partida para dar apoio para a aplicação prática às informações técnica estudadas sobre a especificidade das tentativas de suicídio. Assim, diz o relato do caso:

Quadro 2. Informações sobre o caso 3

Idade	31
Gênero	F
Utiliza Medicação Contínua	Sim
Utiliza os serviços da UBS local?	Sim
Utiliza os serviços do CAPS?	Não
Já foi encaminhado para IPQ?	Não
Já foi internado em algum hospital psiquiátrico?	Não
Qual forma de tentativa de suicídio?	Superdosagem de medicamentos psiquiátricos e soda cáustica
Recidiva?	Sim
Substâncias ingeridas	Fluoxetina e Diazepan + limpador de fogão
Possuía acompanhante na hora do acolhimento?	Sim
Encaminhamento realizado de acordo com o fluxograma vigente?	Sim

Pela primeira vez é realizada uma intervenção diretamente com o usuário, as outras intervenções geralmente são realizadas junto aos acompanhantes devido à inconsciência do internado.

Dirijo-me ao leito de A., onde encontro sua irmã P. fazendo-lhe visita. Apresento-me a A. e também a sua irmã P. Explico que sou estagiária do Serviço Social e me coloco a disposição para o que ela caso venha necessitar junto ao Serviço Social. Primeiramente, A. relata que necessita de um desodorante, pois o que ela tinha já havia acabado. A. também requisita ao Serviço Social uma lâmina para barbear, pois gostaria de depilar as axilas. Os pedidos foram anotados, logo em seguida dou prosseguimento ao acolhimento. Começo cuidadosamente a entrevista (com o roteiro pré-elaborado) para coletar as informações que são o supra-sumo de quase todo o atendimento realizado (Rel. n.10, p. 71).

Nesta intervenção, o acolhimento é utilizado como mola-mestra da lógica tecnoassistencial, como Teixeira apud Chupel (2008, p. 58) ressalta, a conversa é o elemento principal das atividades no cotidiano de um serviço de saúde. Sendo assim, a rede tecnoassistencial pode ser configurada como uma rede de conversações, sendo que desta forma a conversa passa a envolver variadas atividades técnicas específicas, e é onde o profissional e o usuário se encontram. E é justamente a técnica da conversa onde propicia ao usuário uma maior amplitude de acesso, pois é onde os espaços estão interconectados, promovendo desta maneira, um espaço coletivo de conversação, que a mesma autora compreende por intersetorialidade.

De acordo com Werlang e Botega (2004, p. 60), para lidar com o comportamento suicida os seguintes aspectos precisam ser avaliados: 1º. O estado mental autua-se a pessoa possui o discurso coerente, ou se parece sob o efeito de alguma substancia; 2º. quanto a pessoa se encontra motivada para o ato suicida (grau de planejamento); 3º. O sistema de apoio social da pessoa (interação com família, amigos). Diante desta primeira e superficial avaliação, no

segundo momento é indicada uma abordagem tranqüila, aberta, de aceitação e não-julgamento para propiciar a comunicação.

São citadas também, quatro indicações de condutas básicas ao se manter em contato com uma pessoa que tentou suicídio ou pensa em tentar. São elas: ouvir com cordialidade, tratar com respeito, empatia com as emoções, e cuidado como sigilo.

Ora, estas quatro indicações de condutas também se encontram embutidas nas reflexões sobre o acolhimento de acordo com Teixeira apud Chupel (2008, p.58), onde o autor afirma que certas técnicas de conversa são exercícios de democracia por ressaltarem a “possibilidade de ouvir o outro e ser ouvido”, sem humilhar, e nem desprezar a fala do outro, e concomitantemente agregar o que o outro diz para a construção de um conhecimento conjunto.

O autor ainda vai além e atribui três tipos de disposições morais e cognitivas para o então denominado “acolhimento-dialogado”: reconhecer que o outro é um legítimo outro; reconhecer que cada um é um insuficiente; reconhecer que o sentido de uma condição é elaborado pelos conjuntos dos saberes existentes. Portanto o acolhimento diante da especificidade do atendimento as tentativas de suicídio, cumpre com um objetivo bem mais amplo do que atender à lógica tecnoassistencial e a PNH. O acolhimento, neste caso, acaba por se tornar um meio, uma oportunidade para incorporarmos à nossa prática o que a cotidianidade e o discurso institucional por vezes ofuscam nossa visão crítica. Eis o que Chupel (2008, p.97) nos explicita sobre isto:

[...] Ou seja, a PNH começa a ser implantada pela Instituição e este discurso influencia e, muitas vezes, confunde a profissionais. Não deixa de ser uma incorporação realizada sem a reflexão e a diferenciação de conceitos. Um exemplo claro disso é percebido quando as profissionais veem o acolhimento como escuta, como informar e como conhecer a demanda, mas se confundem quando o situam na classificação de risco, em que já está implícita uma idéia de triagem, de seletividade, portanto oposta a visão crítica.

É no caso 3 que também está explicitada o caráter “experimental” da intervenção, pois apesar de seguir um roteiro para a orientação do acolhimento, no momento em que se confronta com a situação real, acaba sendo delicado o intervir, pois como veremos a seguir a conversa foi realizada diretamente com a usuária:

A usuária se mostrou ao mesmo tempo muito equilibrada e fria ao falar de sua condição de saúde. Parecia falar de outra pessoa, e somente falava da dor física, do incomodo das sondas, evitava visivelmente não tocar no assunto de como viera ficar internada no HU. No decorrer da entrevista, aos poucos tento me aproximar de A. Pergunto muito tranqüila a ela o que ela fazia antes de tomar os remédios e a soda caustica. A irmã dela, P. me diz que estava no culto da igreja junto com a família e que por um momento A. se distanciou e resolveu

voltar para casa sozinha e lá tomou os remédios e a soda caustica. (Rel. nº. 10, p.72).

Segundo Teixeira (apud CHUPEL, 2008, p.58) existe duas características do dispositivo “acolhimento-dialogado”, uma primeira característica é a recepção e qualquer outra atividade que propicie em todos os encontros assistenciais na qual fica delimitada a passagem do usuário pelo serviço. Assim sendo, o acolhimento pode ser considerado como um distribuidor, em todos os pontos da rede, facilitando assim a trajetória a ser percorrida para a resolução da necessidade de saúde do usuário. Para este mesmo autor supracitado, não funciona somente saber “o que” fazer no acolhimento, mas também deve se saber “como” fazer. Logo, nos é apresentado a segunda característica do dispositivo acolhimento-diálogo, que é o próprio diálogo que busca conhecer as necessidades do usuário e a maneira de satisfazê-lo, pois “as nossas necessidades não nos são sempre imediatamente transparentes e nem jamais definitivamente definidas”.

Uma passagem do relato do caso 3 evidencia a possível causa primeira da tentativa de suicídio da usuária: “Lembro de perguntar a P. se teve algum evento marcante na vida de A. recentemente. P. fala que o companheiro de sua irmã, foi embora da casa dela na semana passada, alegando pedir o divórcio”. (Rel. X, p.74.). E, de acordo com Castellan (apud MIOTO, 1994, p. 42), pode se afirmar que o ato suicida ocorre sempre dentro de um “processo espiral”, onde envolve o ataque da auto-estima, a ausência comprovada de amor, o vazio narcísico e a ameaça do projeto de vida. Sendo assim, o ato suicida advém da desesperança e não da depressão, uma vez que ao suicida ainda possui certa impulsividade e também uma tendência para a ação, e o deprimido não se permite a estas ações.

Quadro 3 - Informações sobre o caso 4

Idade	40
Gênero	F
Utiliza Medicação Contínua	Sim
Utiliza os serviços da UBS local?	Não
Utiliza os serviços do CAPS?	Não
Já foi encaminhado para IPQ?	Sim
Já foi internado em algum hospital psiquiátrico	Sim
Recidiva?	Não
Substâncias ingeridas	Fluoxetina e Diazepan
Possuía acompanhante na hora do acolhimento?	Sim
Encaminhamento realizado de acordo com o fluxograma vigente?	Sim

A intervenção do caso quatro foi realizada através do contato feito pela equipe multiprofissional, a pedido do Serviço Social da emergência. L. é uma mulher aparentemente jovem, tímida internada por tentativa de suicídio através da ingestão de medicamentos psicoativos. O caso quatro chama-nos atenção pela forma diferenciada de acolhimento que

acabou resultando através da intervenção. Nesta intervenção, o acolhimento possui claramente um objetivo diferente, como veremos mais adiante.

Ela ainda está sob forte efeito do medicamento que tomou para tentar se matar. Muito tímida, resiste em manter um diálogo comigo. Apenas observo. Digo que volto logo, para conversarmos mais, e neste íterim me aproximo da equipe multiprofissional, para saber mais informações sobre a usuária. Diante da correria usual, pergunto a enfermeira G. sobre a situação de saúde de L., G. fala que a usuária está somente aguardando alguém da família chegar para levá-la ao IPQ (Instituto Psiquiátrico), pois a médica plantonista não pode dar alta nas condições em que a usuária se encontra. Volto a sala de medicação para tentar mais uma vez o diálogo com a usuária, e desta vez ela reage melhor a minha conversa. Começo o acolhimento seguindo o roteiro de entrevista e pouco a pouco L. conta mais sobre sua vida. L. conta que possui um delicado quadro de saúde, ela há 3 anos possui um câncer que já melhorou, mas que ainda está em tratamento. Pergunto se a família mora perto, se tem como chamar alguém da família para acompanhar até o IPQ. Neste exato momento L. fica apavorada e começa a entrar em pânico, faz movimentos bruscos, tenta arrancar o soro da veia em seu braço, grita muito. Mudo imediatamente a tônica da conversa, digo que foi um equívoco meu, que ela não tinha necessariamente de ir ao IPQ. Desta maneira então ela se acalma, se posta direito na cadeira e começa a conversar de novo (Relato, caso 4, p.75).

Neste excerto do caso quatro, fica explícito, como ressalta Silva Junior e Mascarenhas apud Chupel (2008, p.59), que o acolhimento pode ser pensado através de três dimensões, como postura, como técnica e como princípio de orientação de serviços. No acolhimento enquanto postura, os autores atentam que este “pressupõe a atitude, por parte dos profissionais e da equipe de saúde, de receber, escutar e tratar humanizadamente os usuários e suas demandas. É estabelecida, assim, uma relação de mútuo interesse, confiança e apoio entre profissionais e usuários”. Outro aspecto interessante a ressaltar é que estes mesmos autores recorrem à teoria psicanalítica para conseguirem subsídio as suas análises acerca da escuta, sendo que é neste contexto que afirmam que ao realizar a escuta, ela não está direcionada somente ao que é dito, mas também àquilo que não é dito. Sendo necessário também o conhecimento de quem está se escutando, “quem está falando, como e sobre o que se fala.” É justamente a psicanálise aliada ao acolhimento que subsidia a intervenção neste momento descrito a seguir:

Ela começa a falar do marido R. que trabalha em eventos, fala também que trabalha em um salão de beleza, e que R. não gosta que ela trabalhe, “tem muito ciúme”. Neste exato momento, ouvimos um senhor muito alterado discutindo com a médica plantonista, L. me diz, “é ele, meu marido chegou.”[...] Sugeri então a ela, que deixasse eu terminar o acolhimento na sala própria do Serviço Social da Emergência para ver se conseguia algum progresso no encaminhamento feito pela médica. A médica concordou, disse

me que disponibilizaria até a ambulância do HU para leva-los até o IPQ, de tão necessário que era a avaliação de um psiquiatra. Pedi então que R. e L. me acompanhassem até a sala do Serviço Social para conversarmos com mais privacidade, ambos me acompanharam. Ao adentrarmos na sala, todos sentam confortavelmente, e então refaço a entrevista de acordo com o roteiro de intervenção. L. ainda está muito sensível ao ambiente, tudo parece perturba-lá. R. começa a narrar o porquê discutia com a médica plantonista, diz que conhece o IPQ, e que lá é um “inferno”. Explico que L. não precisa ir pra ficar internada no IPQ, que ela só teria que fazer uma avaliação com um especialista que no caso era um psiquiatra. Ele argumenta contra todos os argumentos favoráveis a ida de L. ao IPQ. Enquanto converso com ele, L. se mostra muito apática e chorosa, é visível a necessidade de uma avaliação médica especializada. L. entrou na emergência após tomar 44 cápsulas de medicamento psicoativo (diazepam e fluoxetina). Procuo fazer todas as perguntas diretamente a L., porém R. nunca a deixa responder, sempre acaba falando por ela (Relato Caso 4, p. 75).

A observação aliada à intervenção neste atendimento colabora proficuamente para apreendermos melhor sobre a realidade. A observação segundo Sarmiento (2005, p. 25) é um instrumento de suma importância no levantamento de dados qualitativos, e que viabiliza a participação conjunta do usuário e do assistente social. Para o autor a observação implica em duas dimensões essenciais, como a sensitiva e a cognitiva. A sensitiva é dada através dos sentidos físicos, que nos trazem impressões, sensações e percepções a fim de colaborar com a atitude pré-reflexiva. Esta percepção sensitiva reflete o fenômeno, expressa o “universal”, porém sem refletir as relações causais. A observação cognitiva é dada sempre a partir de uma noção prévia, nunca neutra, da realidade e com a intencionalidade para a compreensão do fenômeno. Ao concatenarmos a observação juntamente com a psicanálise, criaremos então um modo bem interessante de analisarmos o caso 4.

De acordo com Cassorla (1998, p.1) num trabalho desenvolvido especificamente para a discussão sobre crises psicóticas, são definidos três pontos controversos sobre o atendimento clínico realizados nestas situações emergenciais. São eles:

- 1) *O impasse necessário*, situação em que a psicanálise não mais daria conta do processo, tendo que apelar para outras áreas do conhecimento. Demonstra-se sua utilidade para o aprofundamento posterior da análise.
- 2) *A percepção intuitiva*, comunicação sem aparente mediação entre mentes, que, se bem utilizada permite um contato profundo intra-dupla.
- 3) *A pessoa real do analista*, onde se propõe que cada analista tem uma “forma de ser” própria, que vai além de sua formação analítica. Essa “forma de ser” facilita ou dificulta o contato com determinados pacientes. Chama-se também a atenção para a necessidade do analista cuidar de sua própria mente, sujeita a atividade insalubre.

Destes três pontos, a percepção intuitiva é o que mais se aplica nesta intervenção, juntamente com a observação. Entram em consonância com o entendimento de acolhimento

segundo Silva Junior e Mascarenhas apud Chupel (2008, p.60), pois o acolhimento possui uma dimensão técnica que “instrumentaliza a geração de procedimentos e ações organizadas. Tais ações facilitam o atendimento na escuta, na análise, na discriminação de risco e na oferta acordada de soluções ou alternativas nos problemas demandas”.

Cabe observar também no caso quatro, que a família possui um papel de destaque no relato de L., onde segundo Castellan (apud MIOTO, 1994, p.49) afirma que os atos suicidas acontecem nas famílias onde não há nenhuma ou quase nenhuma preocupação com a pessoa. Pois para a autora, a família dos suicidas é aquela que não possui um projeto de vida, não possui comunicação adequada, muito menos compreensão mútua, não conseguindo dar um sentido a vida.

L. fala da família, diz que possui dois filhos, uma filha que já é casada e um menino de 16 anos. Pergunto sobre a mãe e o pai dela, irmãos; se são próximos ou não. Ela só responde friamente que são distantes, moram perto do bairro dela, mas são distantes e ausentes (Relato Caso 4, p.75).

É próprio levantarmos também, a importância da família no momento do encaminhamento, onde se pode resguardar a questão da proteção e do cuidado. Contudo é válido lembrarmos que dependendo da responsabilidade que o Estado consegue manter no que diz respeito à proteção social, à família serão atribuídas mais ou menos funções. De acordo com Esping-Andersen apud Lima (2005, p.14), evidencia-se que a família possui um papel bem importante dentro dos modelos de Bem Estar Social, isto é, a família por vezes é utilizada como apoio social para suprimir as falhas do próprio Estado diante da sua responsabilidade com a população. Sobrecarregando a rede familiar e comunitária com uma responsabilidade com garantia da proteção mínima para seus membros que não corresponde a sua competência.

No âmbito dos estudos sobre as tentativas de suicídio, Rosenbaun e Richman (apud MIOTO, 1994, p.47) nas entrevistas com familiares, observaram que a maioria das famílias avalia seus membros suicidas como uma carga, uma situação onde a morte se torna uma solução. De acordo com os autores quanto maior a negação da família sobre a tentativa de suicídio, mais grave era o evento. Os autores verificaram também que o paciente suicida é comumente alvo de um alto grau de agressão dos outros, uma agressão da qual o suicida não consegue se defender.

Pergunto a R. se ela estava acompanhada na hora da tentativa de suicídio, ele diz que ela tomou os remédios no momento em que ele saiu e casa para ir ao supermercado. Pergunto se houve algum tipo de incidente que possa ter

influenciado nesta decisão de L. O marido responde que antes dele sair de casa, eles brigaram e discutiram. Neste momento L. se levanta da cadeira e começa a discutir com R., a falar que ele a sufoca, que ele não a deixa sair com as amigas e nem gosta que ela trabalhe num salão de beleza. R. também começa a discutir em voz alta com L., diz que eles são casados há 23 anos e que sempre foram “uma carne só” e que L. nunca teve amigas, pois é sempre muito ingênua e acaba sendo enganada. L. começa a se comprimir na parede da sala, a parecer sufocada de fato. (Relato, Caso 4, p.81).

Para Wasserman (apud MIOTO, 1994, p. 48), os desejos de morte, geralmente são expressos como meio de comunicação verbal pelos outros significantes, para o suicida ou a outras pessoas, e não verbalmente, através da ausência de qualquer ação diante da possibilidade do fato. Sendo desta maneira, isto se explicaria pela ambivalência (amor e ódio) e a agressividade, latentes entre o suicida e os outros significantes. Diante de seu estudo, o autor consegue verificar que, se durante um primeiro momento existisse a negação de qualquer conhecimento sobre as intenções do suicida, após a tentativa, ficava claro alguns dos modos de comunicações acerca do ato suicida. Como demonstramos na análise do caso quatro, é preciso que a tentativa de suicídio nunca seja subestimada, sob qualquer ponto de vista. Para isso cabe relevarmos o manual para a prevenção do suicídio (OMS, 2000, p.15) que explicita os inúmeros fatos e ficções acerca do ato suicida que não devem ser desconsiderados pelos profissionais da saúde, são eles:

Quadro 4 - Suicídio - Fato e Ficção

Pessoas que ficam ameaçando suicídio não se matam.	A maioria das pessoas que se matam deu avisos de sua intenção
Quem quer se matar, se mata mesmo	A maioria dos que pensam em se matar, tem sentimentos ambivalentes.
Suicídios ocorrem sem avisos	Suicidas freqüentemente dão ampla indicação de sua intenção.
Melhora após a crise significa que o suicídio acabou.	Muitos suicídios ocorrem num período de melhora, quando a pessoa tem a energia e a vontade de transformar pensamentos desesperados em ação auto-destrutiva.
Nem todos os suicídios podem ser prevenidos	Verdade, mas a maioria pode-se prevenir
Uma vez suicida, sempre suicida.	Pensamentos suicidas podem retornar, mas eles não são permanentes e algumas pessoas podem nunca mais tê-los.

Fonte: (OMS, 2000, p.15).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na construção deste trabalho vimos um pouco das representações e análises teóricas sobre o suicídio, bem como algumas considerações teóricas sobre este mesmo tema. Discorremos também sobre quatro casos de tentativas de suicídio, que durante a elaboração do trabalho nos auxiliaram na reflexão.

Vimos que no decorrer da experiência dos atendimentos nos casos de tentativas de suicídio pelo Serviço Social, o processo de trabalho se modificou diante do movimento dialético cotidiano/embasamento teórico. Sem sombra de dúvida o ato suicida é um fato muito freqüente nos setores de saúde, principalmente nas emergências. Especificamente na abordagem do fenômeno do suicídio, a observação do dia a dia no lócus de trabalho da emergência, permitiu criar possibilidades de atuação direta nos atendimentos às tentativas de suicídio.

Para o Serviço Social, o acolhimento acaba somando como recurso instrumental para intervir nos atendimentos as tentativas de suicídio. É no debate sobre a importância do acolhimento, que acabamos por encontrar um arcabouço teórico essencial para o aprimoramento da práxis do assistente social.

O acolhimento além de propiciar um espaço para melhor conhecermos o usuário, captar suas demandas, e garantir acessos aos serviços de saúde, é também um espaço onde é viável aplicar algumas técnicas dos saberes partilhados para o aprimoramento da intervenção e também uma maior efetividade aos resultados da mesma.

Ressaltamos também, a importância da atenção e cuidado a cerca da violência, pois é nos serviços de saúde que ela é cotidianamente aparente, demandando um maior e melhor foco dos profissionais da saúde. No caso da emergência do HU não é diferente, é através deste serviço que as vítimas de violência aportam no sistema público de saúde.

A partir disso, o Serviço Social do HU não deve de forma alguma fragmentar seu processo de trabalho diante das pressões do cotidiano, ou seja, embora a eficiência e a eficácia sejam de suma importância para a dinâmica da instituição, a efetividade das intervenções realizadas, não pode ser desconsiderada como fator de excelência ao atendimento ao usuário.

Logo, é imprescindível a postura do Serviço Social do HU enquanto à observação, organização, sistematização referentes aos registros epidemiológicos e aos atendimentos realizados na Emergência do Hospital Universitário/UFSC de Florianópolis.

Contudo, o âmbito do processo de trabalho do assistente social no lócus da emergência não se limita somente aos atendimentos realizados com os usuários do sistema de saúde. A mediação entre usuário e equipe multiprofissional, e a própria interação profissional com a

equipe compõe o conjunto de ações que respalda a práxis cotidiana da profissão no HU. Na especificidade dos atendimentos às tentativas de suicídio, mais do que nunca se torna o cerne da questão, aliar o conhecimento teórico conscientemente com a práxis. A escolha consciente pelos valores universais, aliada a uma postura renovada e qualificada é essencial na transcendência do trefismo cotidiano.

É através do cotidiano, que os assistentes sociais modificam, transformam, alteram as condições objetivas e subjetivas e as relações interpessoais e sociais que faz parte de um determinado nível da realidade social, pois modificarem o cotidiano profissional e o cotidiano das classes sociais que demandam a sua intervenção, os assistentes sociais garantem instrumentalidade às suas ações.

O acolhimento então, é necessário para que se possa cumprir uma função tecnoassistencial. E como também se releva pelo aporte teórico aqui trazido, é necessário não só reorganizar os serviços de saúde, mas também desenvolvê-lo como um espaço no qual os usuários participem do processo de garantia de direitos e da consolidação da cidadania.

Portanto as ocorrências relativas às tentativas de suicídio na emergência do HU, após as intervenções realizadas dos quatro casos atendidos, verificam que a partir do acolhimento, se reconhece a importância da subjetividade enquanto elemento essencial para a apreensão de um *modus operandi* do Serviço Social no espaço da área de Saúde Mental.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, W. C., **Defesas do Ego**: leitura didática de seus mecanismos, 2. ed. Ágora, 1996. Disponível em:

<<http://books.google.com/books?id=hgRss0yQvE4C&printsec=copyright&lr=&hl=pt-BR#PPA7,M1>>. Acesso em: jan. 2009.

AROUCA, A S. da S. Democracia é Saúde. In: CONFERENCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8. 1987. **Anais...** Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987.

ATUAÇÃO do serviço social no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis: EMYO, 2007. (Coleção Caderno de Texto CRESS 12^o- Região; número 7. Produzido pelas Assistentes Sociais do HU, 2007).

AMARANTE, P. **O homem e a serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

BELL et al. In: DESLANDES, Suely F. O atendimento às vítimas de violência na emergência: "prevenção numa hora dessas?". **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81231999000100007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: dez. 2008. doi: 10.1590/S1413-81231999000100007.

BRAVO, M. I. ; MATOS, M. C. **Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária**: elementos para o debate. Disponível em: <http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto2-3.pdf>. Acesso em: out. 2008.

CAMUS, A. **O Mito de Sísifo**. Rio de Janeiro: Guanabara, 1989. Disponível em: <http://filosofocamus.sites.uol.com.br/camus_sisifo_completol.htm#O_ABSURDO_E_O%20SUIC%3%8DDIO>. Acesso em: set. 2008.

CASSORLA, R. **Psicanálise e surto psicótico**: considerações sobre aspectos técnicos. Trabalho para discussão no Painel “Patologias Graves”, do Congresso Brasileiro de Psicanálise, Rio de Janeiro, 1999. Versão modificada de “Psicanálise do surto psicótico e surto psicótico durante o processo analítico” apresentado no II Encontro Latino-Americano sobre Patologias Graves e

“Standing Conference on Psychosis - IPA”, promovido pela SBPRJ em junho 1998. Disponível em: <<http://www.febrapsi.org.br/forum/art2.pdf>>. Acesso em: jan. de 2009.

CHUPEL, C. P. **Acolhimento e Serviço Social**: um estudo em hospitais estaduais da Grande Florianópolis. Dissertação (Mestrado em Serviço Social). 157f., 2008. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

COSTA, M. D. H. **O Trabalho nos Serviços de Saúde e a Inserção dos(as) Assistentes Sociais**, 2006. Disponível em: <http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto2-7.pdf>. Acesso em dez. 2008.

DIAS, M. L. O Suicida e Suas Mensagens de Adeus. In: CASSORLA, R. M. S. (Coord.) **Do suicídio**. 2. ed. Campinas: Papirus, 1998, p.85-105.

DESLANDES, Suely F. O atendimento às vítimas de violência na emergência: "prevenção numa hora dessas?". **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81231999000100007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: dez. 2008.

DONABEDIAM, A. In TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000800014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: jan. 2009.

DURKHEIM, E. **O suicídio**: estudo sociológico. Trad. N. C. Caixeiro. Rio de Janeiro: Zahar, 1982. 340p. (Publicado originalmente em 1897).

ESCOREL, S. Saúde: uma questão nacional. In: TEIXEIRA, S. F. **Reforma Sanitária em busca de uma teoria**. São Paulo: Cortez/ABRASCO, 1989.

FALEIROS, V. **Estratégias do Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 1998, cap.5.

FARIAS, L. C. **Acolhimento na Atenção Básica**: reflexões éticas sobre a atenção à saúde dos usuários. Dissertação (Mestrado em Serviço Social). 2007. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

FOUCAULT, M. **História da Loucura**: na idade clássica. São Paulo: Perspectiva, 2007.

FRANCO, Túlio Batista; BUENO, Wanderlei Silva; MERHY, Emerson Elias. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, abr. 1999. Disponível em:

<http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1999000200019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: jan. 2009. doi: 10.1590/S0102-311X1999000200019.

FREIRE, P. In: BRANDÃO, C. R. (Org.). **Pesquisa Participante**. 2ª. ed. São Paulo: Brasiliense, 1988.

FURLANETTI, C.; BAPTISTA, T. O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004. **Cad. Saúde Pública**, v.24, n.2, Rio de Janeiro, fev. 2008.

GUERRA, Y. Instrumentalidade do processo de trabalho e Serviço Social. **Revista Serviço Social**, 62. São Paulo: Cortez, 2000.

GRÜNSPUN, H. Fatores suicidógenos como avaliação do risco de suicídio em adolescentes. In: CASSORLA, R. M. S. (Coord.) **Do suicídio**. 2ª. ed. Campinas: Papirus, 1998, p. 133-145.

HELLER, A. **O Cotidiano e a História**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1989.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO, Serviço Social. **Plano de Atuação do Serviço Social do Hospital Universitário, 2005**. Disponível: em < <http://www.hu.ufsc.br/plano2012/>>. Acesso em: nov. 2008.

IAMAMOTO, M. **O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 6. ed.. São Paulo: Cortez, 2003, p.17-71.

LEFEBVRE. In: NETTO, J.P., FALCÃO, M.C. **Cotidiano: Conhecimento e crítica**. São Paulo: Cortez, 1989.

LEAL, O. F. Debate sobre o artigo de Everardo Duarte Nunes. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, Jan. 1998. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1998000100003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: jan. 2009.

LIMA, E. A família em questão. In: **A proteção social no âmbito da família: um estudo sobre famílias do bairro Monte Verde**, p.17 – 27.

LÖWY, M. Um Marx Insólito. In: **Sobre o suicídio**. São Paulo: Boitempo, 2006.

MARX, K. **Sobre o suicídio**. São Paulo: Boitempo, 2006.

MIOTO, R. **Famílias de Jovens que Tentam Suicídio**. Tese (Doutorado em Serviço Social). 277f., 1994. Universidade de Campinas, Campinas, 1994.

MINAYO, M. C. de S. Violência social sob a perspectiva da saúde pública. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1994000500002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: jan. 2009. doi: 10.1590/S0102-311X1994000500002.

NUNES, Everardo Duarte. O Suicídio: reavaliando um clássico da literatura sociológica do século XIX. **Cad. Saúde Pública** [online]. 1998, v. 14, n. 1 [cited 2009-02-26], pp. 7-34. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1998000100002&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0102-311X. doi: 10.1590/S0102-311X1998000100002.

NOGUEIRA, V.; MIOTO, R.C. **Sistematização, Planejamento e Avaliação das Ações dos Assistentes Sociais no Campo da Saúde**, 2006. Disponível em: <http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto2-6.pdf>. Acesso em jan. 2009.

NETTO. In: GUERRA, Y. **O Projeto Profissional Crítico: estratégia de enfrentamento das condições contemporâneas da prática profissional**, n. 91, ano XXVIII, 2007.

NETTO, J.P.; FALCÃO, M.C. **Cotidiano: Conhecimento e crítica**. São Paulo: Cortez, 1989.

PUNTES, F. (Org.) **Os filósofos e o suicídio**. Belo Horizonte: UFMG, 2008.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3ª. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

SHAPIRO, H. (Org.) **Homem, Cultura e Sociedade**. Rio de Janeiro: Fundo de Cultura, 1972.

SARMENTO, H.B. Serviço social, das funções tradicionais aos desafios diante das novas formas de regulação sociopolíticas. **KATÁLYSIS**, vol. 5, n. 2, 2002.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – PMF. Disponível em: <www.pmf.gov/saude.br>. Acesso em: set. 2008.

TORRES, E. H. G.; AMARANTE, P. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n.1, 2001. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232001000100006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: jan. 2009.

VASCONCELOS, A. M. **Serviço Social e Práticas Democráticas na Saúde**, 2006. Disponível em: <http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto2-5.pdf>. Acesso em: dez. 2008.

WERLANG, B. BOTEGA N. **Comportamento suicida**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

ANEXOS

ANEXO A
Estrutura Organizacional do HU

ANEXO B

Roteiro de entrevista de intervenção junto à família: intoxicação exógena

1. Acolhimento do Serviço Social junto ao acompanhante (se possível levar para uma sala restrita ao serviço social)

2. Entrevista aplicada à especificidade da situação:

Caráter central – família

Usuário atendido:

- a) Estado civil, idade.
- b) Estrutura e composição familiar (quais são os principais protagonistas no cenário familiar? Família monoparental/biparental?).
- c) Família de adolescente (quantos anos? Escola? Qual? Laboralmente ativo?)
- d) Recidiva de tentativa? Registrar gênero.
- e) Faz uso de medicação? Consegue na UBS local?
- f) Histórico de abuso de drogas? Acompanhamento psiquiátrico/psicológico? Onde?
- g) Papel do CIT em conjunto com o Serviço Social? Socialização das informações? Participação na coleta de dados?

3. Referenciamento para possível encaminhamento: Utiliza a UBS local? Sim? Qual o médico de referência? Conhece o CAPS?

Acesso à medicação somente via UBS local? Secretaria de Saúde? Diaf??

ANEXO C
Relatório de Estágio nº.10 - caso 3

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SÓCIO ECONÔMICO
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

RELATÓRIO DE ATIVIDADE ESPECÍFICA

Nome do acadêmico: Iara da Silveira Pinheiro

Turma: 0884

IDENTIFICAÇÃO:

Data: 05/12/2008

Hora: 13h: 00

Local: Hospital Universitário

Instituição: Hospital Universitário - Universidade Federal de Santa Catarina

Endereço: - Campus Universitário - Trindade - Caixa Postal 6199

Nome(s) do(s) executor (es) da atividade:

Supervisora de Estágio: Mariana Barcelos

Estagiária - Iara da Silveira Pinheiro

ATIVIDADE DESENVOLVIDA:

Atendimento aos usuários do Serviço Social do Plantão Social do HU.

Antecedentes:

Abertura do sistema de informação do HU, para a impressão do censo diário contendo os leitos e os pacientes da emergência. Comparação do censo diário atual com o censo diário do dia anterior para a verificação de novas internações na emergência do Hospital. Estabelecimentos de prioridades para a dinâmica de atendimento na emergência, isto é: idosos e adolescentes.

Ao entrarmos na emergência o primeiro contato é feito com enfermeira para informarmos sobre alguma demanda específica. É feita leitura do livro de ocorrências da emergência (verificar histórico do último plantão). É promovida a visita aos leitos da emergência para o acolhimento e entrevista aos recém internados.

Objetivos da atividade:

Atendimento de intoxicação exógena na clínica médica 3

Relato descritivo:

Durante a tarde no plantão do Hospital Universitário decidimos “visitar” a Emergência do HU, para verificar se havia algum caso específico de intoxicação exógena. Ao adentrarmos na emergência, fomos (eu e minha supervisora de estágio) direto falar com as enfermeiras de plantão sobre alguma ocorrência recente. A enfermeira I. que estava muito atenta a tudo que ocorria na emergência, nos disse que na quinta feira a tarde, uma usuária foi atendida pela emergência com o quadro clínico de intoxicação exógena, só que não recebeu alta hospitalar. Esta usuária foi internada na Clínica Médica 3, porque se tratava de um caso mais específico.

Com esta informação colhida, nos dirigimos a clinica médica 3 para a leitura do prontuário e aplicação do roteiro de intervenção para intoxicação exógena. Ao chegarmos na Clinica Médica 3, começamos a fazer a leitura do prontuário médico da usuária A.

A usuária A. estava na clinica médica internada por intoxicação exógena e por ter ingerido 100 ml de soda caustica junto com as medicações.

A. tem 31 anos, mora com a mãe e a sobrinha, é evangélica e vive com um companheiro. Decidimos então, após a leitura do prontuário médico, que a estagiária que voz escreve deveria realizar a intervenção junto à usuária e a sua acompanhante.

Pela primeira vez é realizada uma intervenção diretamente com o usuário, as outras intervenções geralmente são realizadas junto aos acompanhantes devido à inconsciência do internado.

Dirijo-me ao leito de A., onde encontro sua irmã P. fazendo-lhe visita. Apresento-me a A. e também a sua irmã P. Explico que sou estagiária do Serviço Social me coloco a disposição para o que ela caso vem necessitar junto ao Serviço Social. Primeiramente, A. relata que necessita de um desodorante, pois o que ela tinha já havia acabado. A. também requisita ao Serviço Social uma lamina para barbear, pois gostaria de depilar as axilas. Os pedidos foram anotados, logo em seguida dou prosseguimento ao acolhimento. Começo cuidadosamente a entrevista (com o roteiro pré-elaborado) para coletar as informações que são o supra-sumo de quase todo o atendimento realizado.

A. aos poucos começa a ficar mais a vontade, e com a ajuda de sua irmã P. a conversa fica menos informal e mais acolhedora. A usuária então nos conta que está no hospital (com uma sonda nasogástrica e um tubo enteral (tubo para alimentação direta, sem passagem pela boca) e está com muita dor no estomago, pergunto-lhe se o médico que atendeu ela na emergência explicou sobre as conseqüências da ingestão da soda caustica, A. nos diz que sim, que o médico explicou sobre o procedimento chamado “dilatação”, onde de tempos em tempo durante toda a vida, A terá que realizar, e será sempre doloroso. O médico também lhe explicou que por conseqüência da ingestão de soda caústica, o seu esôfago e estomago estão extremamente delicados, pois praticamente se “comprimiram” não podendo desta maneira realizar suas funções com normalidade (deglutição, ingestão e digestão).

A usuária se mostrou ao mesmo tempo muito equilibrada e fria ao falar de sua condição de saúde. Parecia falar de outra pessoa, e somente falava da dor física, do incomodo das sondas, evitava visivelmente não tocar no assunto de como viera ficar internada no HU.

No decorrer da entrevista, aos poucos tento me aproximar de A. Pergunto muito tranquila a ela o que ela fazia antes de tomar os remédios e a soda caustica. A irmã dela, P. me diz que estava no culto da igreja junto com a família e que por um momento A. se

distanciou e resolveu voltar para casa sozinha e lá tomou os remédios e a soda caustica. Pela primeira vez é realizada uma intervenção diretamente com o usuário, as outras intervenções geralmente são realizadas junto aos acompanhantes devido à inconsciência do internado.

Dirijo-me ao leito de A. onde encontro sua irmã P. fazendo-lhe visita. Apresento-me a A. e também a sua irmã P. Explico que sou estagiária do Serviço Social me coloco a disposição para o que ela caso vem necessitar junto ao Serviço Social. Primeiramente, A. relata que necessita de um desodorante, pois o que ela tinha já havia acabado. A. também requisita ao Serviço Social uma lamina para barbear, pois gostaria de depilar as axilas. Os pedidos foram anotados, logo em seguida dou prosseguimento ao acolhimento. Começo cuidadosamente a entrevista (com o roteiro pré-laborado) para coletar as informações que são o supra-sumo de quase todo o atendimento realizado. Pergunto se era primeira vez que tentava suicídio, ela me diz que não, era a segunda tentativa. A. se sente mais a vontade comigo, a frieza se esvai. A irmã complementa nos diz que a primeira tentativa foi realizada através das medicações que A. faz uso, são medicações de cunho psiquiátrico (diazepan e fluoxetina). A por um momento chora, porém logo a lucidez de raciocínio toma conta dela. A. diz que é acompanhada pela UBS Agrônômica e pelo CAPS II Ponta do Coral e pede para que o Serviço Social entre em contato com a sua psiquiatra e avise de sua internação no HU.

Lembro de perguntar a P. se teve algum evento marcante na vida de A. recentemente. P. fala que o companheiro de sua irmã, foi embora da casa dela na semana passada, alegando pedir o divórcio.

Reforcei durante todo o acolhimento, a importância da observação da própria usuária ao seu redor. Isto é, mencionava a atenção que a família estava dando e que era um aspecto importante pra ser bem observado por ela, pois não estava sozinha naquele momento difícil. P. reforçou minha fala ao se mostrar disposta a acompanhar a irmã todos os dias no hospital, disse que como já estava desempregada, não ia medir esforços para estar com a irmã.

Terminado o acolhimento, me despedi e fui atrás dos produtos de higiene que A. havia me pedido e buscar a contra referência através de contato telefônico com a UBS Agrônômica e o CAPS II - Pontal do Coral.

Avaliação

Primeiramente, foi um desafio e tanto cumprir o acolhimento e a entrevista assim tão diretamente. Foi a primeira intervenção realizada diretamente com um usuário internado por intoxicação exógena. Geralmente as demais intervenções foram realizadas através do acompanhante, uma vez que o internado sempre estava inconsciente.

Durante o acolhimento, realizei com muito cuidado todas as perguntas, com o intuito de não ferir, julgar, ou comprometer ainda mais o estado sensível de saúde de A.

Análise Teórico-Prática da Atividade Desenvolvida:

O acolhimento em saúde realizado pelo Serviço Social no espaço sócio ocupacional do HU, inicialmente possui como método de trabalho a identificação dos usuários internados, a leitura dos prontuários e realização de contatos com a equipe multidisciplinar de saúde. Segundo Campos: “a acolhida deveria dizer respeito tanto da abertura dos serviços públicos para a demanda, como da sua vocação para responsabilizar-se por todos os problemas de saúde de uma região.”

O acolhimento é realizado por meio de uma entrevista individual de caráter inicial e informativa como paciente ou seu acompanhante. A função desta prática é a da informação, isto é garantir o acesso aos direitos sociais, trabalhistas e previdenciários, e também o diálogo como instrumento essencial para otimizar o processo de trabalho do profissional inserido na área da saúde. Como suscita Teixeira:

Na presente contribuição, o acolhimento também é visto como uma espécie de “mola-mestra” da lógica tecnoassistencial e, mesmo, como um dispositivo indispensável para o bom desempenho da rede tecnoassistencial de um serviço de saúde; a particularidade, aqui, será abordá-lo de uma perspectiva essencialmente “comunicacional”, que entende ser a conversa substância principal das atividades de um serviço de saúde. Daí se pode tomar a rede tecnoassistencial do serviço como uma rede de conversações – lembrando que cada nó da rede corresponde a um encontro, um momento de conversa envolvendo uma série de atividades técnicas específicas (incluindo várias “técnicas de conversa”).¹³

Então o acolhimento é, portanto ferramenta essencial no processo sócio-educativo atribuído ao assistente social, e segundo Mehry (1997 a):

O tema do Acolhimento apresenta-nos uma outra possibilidade: a de argüir sobre o processo de produção da relação usuário-serviço sob o olhar específico da acessibilidade, no momento das ações “receptoras” dos “clientes” de um certo estabelecimento de saúde.

Parecer

Diante de uma situação tão delicada quanto a esta, da tentativa de suicídio, é realmente difícil saber o “como fazer” diante de inúmeros fatos que nos é fugaz diante da nossa práxis profissional. Como coletivizar uma demanda que aparentemente parece individual? Como organizar os dados, organizar o processo de trabalho Serviço Social para que de fato situações

¹³ TEIXEIRA, Ricardo R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações.[Publicado em **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Roseni Pinheiro e Ruben Araujo de Mattos (organizadores). IMS-UERJ/ABRASCO. Rio de Janeiro, 2003; pp.89-111]

específicas como da usuária A. não se diluam nos emaranhados da rotina cotidiana de trabalho do Serviço Social do HU?

Sob o meu olhar enquanto estagiária do HU, creio que tais perguntas ainda serão respondidas em breve, porém deve-se salientar que o processo de trabalho do Serviço Social, deve em longo prazo, se desvincular da *modus operandi* do médico, instituindo ao Assistente Social a real autonomia que é fundamental para as suas intervenções.

Encaminhamentos

Repassar as informações colhidas da usuária e dos procedimentos realizados para a Assistente Social responsável pela Clínica Médica 3

Realizar contra-referência via contato telefônico para UBS Agronômica e CAPS II Ponta do Coral.

ANEXO D**Relato de atendimento – caso 4 -14/12/2008**

Intervenção realizada pela estagiária na emergência do HU. O Serviço Social foi solicitado para atender uma usuária que estava na sala de medicação se recuperando de uma tentativa de suicídio, a primeira indicação da enfermeira para a estagiária do Serviço Social, é que se procure algum familiar para poder acompanhá-la. A estagiária então segue em direção a sala de medicação. Lá avista a possível usuária L., que se encontra com uma sonda nasogástrica e visivelmente abalada emocionalmente. Aproximo-me dela, e me apresento como estagiária do Serviço Social na emergência. Ela ainda está sob forte efeito do medicamento que tomou para tentar se matar. Muito tímida, resiste em manter um diálogo comigo. Apenas observo. Digo que volto logo, para conversarmos mais, e neste ínterim me aproximo da equipe multiprofissional, para saber mais informações sobre a usuária. Diante da correria usual, pergunto a enfermeira G. sobre a situação de saúde de L., G. fala que a usuária está somente aguardando alguém da família chegar para levá-la ao IPQ (Instituto Psiquiátrico), pois a médica plantonista não pode dar alta nas condições em que a usuária se encontra. Volto a sala de medicação para tentar mais uma vez o diálogo com a usuária, e desta vez ela reage melhor a minha conversa.

Começo o acolhimento seguindo o roteiro de entrevista e pouco a pouco L. conta mais sobre sua vida. L. conta que possui um delicado quadro de saúde, ela há 3 anos possui um câncer que já melhorou, mas que ainda está em tratamento. Pergunto se a família mora perto, se tem como chamar alguém da família para acompanhar até o IPQ. Neste exato momento L. fica apavorada e começa a entrar em pânico, faz movimentos bruscos, tenta arrancar o soro da veia em seu braço, grita muito. Mudo imediatamente a tônica da conversa, digo que foi um equívoco meu, que ela não tinha necessariamente de ir ao IPQ. Desta maneira então ela se acalma, se posta direito na cadeira e começa a conversar de novo. Diz que já foi internada no IPQ, e que nunca mais voltaria a “aquele lugar”. Fala da família, diz que possui dois filhos, uma filha que já é casada e um menino de 16 anos. Pergunto sobre a mãe e o pai dela; sobre os irmãos; se são próximos ou não. Ela só responde friamente que são distantes, moram perto do bairro dela, mas são distantes e ausentes. Pergunto do marido; se tem telefone para contato. Ela diz que já chamou ele para vir buscá-la no HU, e que já deve estar chegando. Mantenho-me sempre de olhos atentos a ela, faço contato visual com ela o tempo todo, prestando sempre a atenção em seus movimentos corporais. Ela começa a falar do marido R. que trabalha em eventos, fala também que trabalha em um salão de beleza, e que R. não gosta que ela trabalhe, “tem muito ciúme”.

Neste exato momento, ouvimos um senhor muito alterado discutindo com a médica plantonista, L. me diz, “é ele, meu marido chegou”.

Dirigi-me até a médica e o marido de L. e fiquei escutando a discussão com o intuito de me apresentar para ambos. A médica estava explicando a R. sobre a necessidade de L. passar por uma avaliação feita por um psiquiatra, um médico especialista na área em que L. precisava. R insiste que não vai levar sua esposa ao IPQ, por nada. Disse que já esteve internado lá e sabe como é o tratamento por lá, disse que sabe muito bem como tratam as mulheres por lá. A médica depois de muito argumentar acabou desistindo. E foi neste momento em que me apresentei como estagiária do Serviço Social da emergência, disse que já tinha conversado com L. e que ela estava muito sensível sobre ir ao IPQ. O marido foi em direção a sala de medicação conversar com L. e enquanto isso eu conversava com a médica, sobre a intervenção do Serviço Social naquele momento de impasse. Sugeri então a ela, que deixasse eu terminar o acolhimento na sala própria do Serviço Social da Emergência para ver se conseguia algum progresso no encaminhamento feito pela médica. A médica concordou, disse me que disponibilizaria até a ambulância do HU para leva-los até o IPQ, de tão necessário que era a avaliação de um psiquiatra.

Pedi então que R. e L. me acompanhassem até a sala do Serviço Social para conversarmos com mais privacidade, ambos me acompanharam. Ao adentrarmos na sala, todos sentam confortavelmente, e então refaço a entrevista de acordo com o roteiro de intervenção. L. ainda está muito sensível ao ambiente, tudo parece perturbá-la. R. começa a narrar o porquê discutia com a médica plantonista, diz que conhece o IPQ, e que lá é um “inferno”. Explico que L. não precisa ir pra ficar internada no IPQ, que ela só teria que fazer uma avaliação com um especialista que no caso era um psiquiatra. Ele argumenta contra todos os argumentos favoráveis a ida de L. ao IPQ. Enquanto converso com ele, L. se mostra muito apática e chorosa, é visível a necessidade de uma avaliação médica especializada. L. entrou na emergência após tomar 44 cápsulas de medicamento psicoativo (diazepan e fluoxetina). Procuo fazer todas as perguntas diretamente a L., porém R. nunca a deixa responder, sempre acaba falando por ela. Pergunto a R. se ela estava acompanhada na hora da tentativa de suicídio, ele diz que ela tomou os remédios no momento em que ele saiu e casa para ir ao supermercado. Pergunto se houve algum tipo de incidente que possa ter influenciado nesta decisão de L. O marido responde que antes dele sair de casa, eles brigaram e discutiram.

Neste momento L. se levanta da cadeira e começa a discutir com R., a falar que ele a sufoca, que ele não a deixa sair com as amigas e nem gosta que ela trabalhe num salão de beleza. R. também começa a discutir em voz alta com L., diz que eles são casados há 23 anos e que sempre foram “uma carne só” e que L. nunca teve amigas, pois é sempre muito ingênua

e acaba sendo enganada. L. começa a se comprimir na parede da sala, a parecer sufocada de fato.

É nesta hora em que ressalto o foco da intervenção, que era a avaliação realizada pelo psiquiatra do IPQ. Exponho ao R. sobre a responsabilidade dele diante de L., lembro o quão sensível ela está e que realmente precisa de cuidados. Ele argumenta novamente que assume a responsabilidade por L., até por que ela dependia dele para viver, segundo ele. Questiono se posso fazer contato com a UBS local, para cuidado mais próximo do local onde eles moram, digo também que na UBS existe psicólogo a e/ou psiquiatra para L. poder fazer consulta. L. neste momento chora muito, fala que não quer envolvimento com os profissionais da UBS, pois teme perder a privacidade sobre sua vida. Diz-nos também, que só quer é ir embora pra casa, que está muito cansada. O casal começa a discutir de novo, L. fica muito perturbada e sai da sala do Serviço Social em direção a rua. R. diz que realmente não vai ao IPQ levar L., que ele sabe muito bem cuidar dela, pois sempre cuidou. Explico que ao sair do HU, L. está se evadindo do espaço, pois não recebeu alta. E que, por via de regra, era aberto um Boletim de Ocorrência para esses casos. R. está afoito, que ir atrás de L. enquanto ainda conversa comigo. Ele sai então R. atrás de sua esposa, pelo estacionamento do HU.

Neste ínterim, volto a emergência para informar a médica da decisão de R. e para ela dar prosseguimento a confecção do Boletim de Ocorrência. Com dúvida sobre qual encaminhamento a dar prosseguimento, consulto a assistente social do plantão V. sobre qual medida tomar para não ferir a questão da ética e do sigilo entre usuário e profissional. O encaminhamento regular seria no mínimo contatar a UBS Local para a notificação da situação da usuária L. A assistente social V. após meu relato da situação aconselha a entrar em contato com a UBS local, pois apesar de ser um dilema ético, a omissão poderia acarretar em um tipo de negligência profissional, na qual observamos um determinado problema mas ele não é colocado para ser resolvido.

APÊNDICE
Acolhimento com classificação de risco
Cláudia Abbes e Altair Massaro